WREDENS SAMMLUNG
MEDIZINISCHER LEHRBÜCHER.
BAND XVII.

PSYCHIATRIE.

FÜR

ÄRZTE UND STUDIRENDE

VON

DR. MED. TH. ZIEHEN,
A. O. PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT JENA.

MIT 16 ABBILDUNGEN IN HOLZSCHNITT UND 10 PHYSIOGNOMISCHEN BILDERN AUF 6 LICHTDRUCKTAFELN.

BERLIN,
VERLAG VON FRIEDRICH WREDEN.
1894.

Prospect.

Das Zerfallen der medizinischen Wissenschaft in einzelne Spezialfächer hat allerdings den gemeinsamen Fortschritt in hohem Grade gefördert. Aber die Fachliteratur ist in einer Weise angeschwollen, dass dem Praktiker die Bewältigung derselben fast unmöglich wird. Der vielbeschäftigte Arzt sowohl als auch der Studirende, der im Examen eine allgemeine medizinische Bildung zeigen soll, können nicht für jeden Zweig der Heilkunde vielbändige Werke studiren. Ganz von selbst ergiebt sich unter solchen Verhältnissen die Nothwendigkeit, dass kurzgefasste Lehrbücher erscheinen, welche, indem sie das bleibend Gute aus der massenhaften Tagesliteratur herausgreifen, den neuesten wissenschaftlichen Standpunkt des betreffenden Spezialgebietes wiederspiegeln. Mit einem solchen Werke in der Hand hat der Arzt die Möglichkeit, sich schnell über neue Ansichten, Entdeckungen und Heilmethoden zu informiren, während dem Studirenden in übersichtlicher Weise eine sichere Grundlage für sein späteres Wirken in der Praxis geboten wird.

Diese Erwägungen haben mich veranlasst, eine monographische Bearbeitung der wichtigsten Disziplinen der Medizin erscheinen zu lassen. Eine Anzahl namhafter Gelehrter hat die Bearbeitung der von ihnen speciell vertretenen Fächer übernommen. Trotz der Kürze finden sich deshalb in den einzelnen Werken hohe wissenschaftliche Bedeutung mit Vollständigkeit und Beherrschung des Materials vereinigt.

Bis jetzt sind erschienen:

Band I. *Die Krankheiten der Frauen* von Professor Dr. Heinrich Fritsch (Bonn). Sechste umgearbeitete Auflage. Mit 219 Abbildungen in Holzschnitt und 4 Tafeln in Heliogravüre. Preis **ℳ 11.40**, gebdn. **ℳ 12.80**.

Band II. III. *Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten* von Professor Dr. Hermann Eichhorst (Zürich). Dritte Auflage. 2 Theile. Mit 267 zum Theil farbigen Abbildungen in Holzschnitt und einer Farbentafel. Preis **ℳ 20.—**, gebdn. **ℳ 21.80**.

Band IV. *Die acuten Infectionskrankheiten* von Professor Dr. B. Kuessner und Professor Dr. R. Pott (Halle). Preis **ℳ 8.60**, gebdn. **ℳ 9.80**.

Band V. *Lehrbuch der Krankheiten des Nervensystems.* Von Professor Dr. A. Seeligmüller (Halle). Abth. I. *Die Krankheiten der peripheren Nerven und des Sympathicus.* Mit 56 Abbildungen in Holzschnitt. Preis **ℳ 8.60**, gebdn. **ℳ 9.80**.

Band VI. *Lehrbuch der Kinderkrankheiten* von Professor Dr. A. Baginsky (Berlin). Vierte vielfach vermehrte und verbesserte Auflage. Preis **ℳ 19.—**, gebdn. **ℳ 20.80**.

(Fortsetzung siehe 3. Seite des Umschlags.)



WREDENS SAMMLUNG
MEDIZINISCHER LEHRBÜCHER.
BAND XVII.

PSYCHIATRIE.

FÜR

ÄRZTE UND STUDIRENDE BEARBEITET

VON

DR. MED. TH. ZIEHEN,
A. O. PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT JENA.

MIT 10 ABBILDUNGEN IN HOLZSCHNITT UND 10 PHYSIOGNOMISCHEN DARSTELLUNGEN AUF 6 LICHTDRUCKTAFELN.

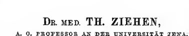
BERLIN,
VERLAG VON FRIEDRICH WREDEN.
1894.

PSYCHIATRIE.

FÜR

ÄRZTE UND STUDIRENDE BEARBEITET

VON



DR. MED. TH. ZIEHEN,
A. O. PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT JENA.



MIT 10 ABBILDUNGEN IN HOLZSCHNITT UND 10 PHYSIOGNOMISCHEN DARSTELLUNGEN AUF 6 LICHTDRUCKTAFELN.

BERLIN,
VERLAG VON FRIEDRICH WREDEN.
1894.



Druck von Appelhans & Pfenningstorff in Braunschweig.

Holzschnitte von Albert Probst in Braunschweig.

Vorrede.

In dem nachfolgenden Lehrbuch habe ich versucht, die Lehren der physiologischen Psychologie, wie ich sie in meinem Leitfaden der letzteren vorgetragen habe, auf die klinische Psychiatrie anzuwenden. Von allen mehr oder weniger metaphysischen Hypothesen, wie sie leider die Psychiatrie noch immer zu sehr beherrschen (Apperception, Willensvermögen, Selbstbewusstsein u. s. w.), habe ich völlig absehen zu müssen geglaubt. Die sogenannte Associationspsychologie reicht völlig aus, die Erfahrungen der klinischen Psychiatrie zu erklären. Gerade auch in didaktischer Beziehung bewährt sie sich, wie ich aus Erfahrung sagen kann, durchaus.

Der allgemeinen Psychopathologie ist ein verhältnissmässig breiter Raum zugewiesen worden, da es bei dem neuen psychologischen Standpunkte selbstverständlich in erster Linie darauf ankam, die psychopathischen Einzelerscheinungen im Sinne der Associationspsychologie darzustellen und zu erklären. Wo irgend angängig, ist an die bekannteren Thatsachen der Neuropathologie angeknüpft worden.

Die Eintheilung der Psychosen ist von jeher die bedenklichste Klippe für psychiatrische Lehrbücher gewesen. Dafür spricht schon die grosse Zahl der Classificationen, welche die psychiatrische Literatur aufweist. Zur Zeit liegen deren etwa 60 vor mir. Es bedarf offenbar noch vieler klinischer Einzelstudien, bis eine definitive Classification möglich sein wird. Ich habe versucht, ausschliesslich auf Grund des klinischen Verlaufs die Psychosen zu classificiren. Die Gründe, weshalb ich die von vielen Seiten beliebte ätiologische Classification nicht angenommen habe, sind im Buche selbst angegeben. Jedenfalls glaubte ich den Versuch machen zu müssen, für die Eintheilung der Psychosen im Wesentlichen nur e i n Princip — eben jenes klinische — aufzustellen.

Die Ahgrenzung der einzelnen Formen der Geistesstörung schwankt hekanntlich noch sehr. Schon in didaktischem Interesse hahe ich die Zahl der dargestellten Psychosen möglichst heschränkt und, wenn angängig, Psychosen, welche in ihren Hanptzügen übereinstimmen, zu einer Hanptform zusammengefasst.

Der Wichtigkeit der pathologischen Physiognomik ist durch hesondere Kapitel im Text nnd namentlich durch besondere physiognomische Tafeln Rechnung getragen worden.

Entsprechend dem Zweck des Bnches, den Studirenden und den Arzt in die Psychiatrie einzuführen, sind alle Literaturangaben weggehlieben.

Manche Wiederholnngen sind aus demselhen Grunde unvermeidlich gewesen, da das Buch nicht nur zum fortlaufenden Studium, sondern auch zum Nachschlagen bestimmt ist und im Interesse des letzteren die Verweisnngen eingeschränkt werden mussten.

Jena, Jannar 1894.

Th. Ziehen.

Inhaltsübersicht.



Einleitung.

Die Psychiatrie ist die Lehre von den psychischen Krankheiten. Das Organ aller psychischen Thätigkeiten ist die Rinde des Grosshirns mit ihren Ganglienzellen und den die Ganglienzellen untereinander verbindenden Associationsfasern. Psychische Processe finden nur statt, wenn bestimmte materielle Processe in der Hirnrinde sich abspielen. Man kann daher von einem Parallelismus der psychischen Vorgänge und der materiellen Vorgänge in der Hirnrinde sprechen. Die Verwitterung des Steins, das Wachsen der Pflanze, die Secretion der thierischen Drüsen, der Sohlenreflex sind alles materielle Processe — theils mit, theils ohne Nervensystem —, für welche psychische Parallelvorgänge nicht existiren. Dagegen lehrt uns die Hirnphysiologie, dass Gesichtsempfindungen nur zu Stande kommen, solange die Rinde des Occipitallappens des Grosshirns unversehrt ist. Nimmt man diese bei einem Hunde mit Messer oder Glüheisen weg und erhält das Thier am Leben, so ist es künftig blind. In der Rinde des Occipitallappens spielen sich also materielle Processe ab, denen auf psychischem Gebiet die Gesichtsempfindungen parallel gehen. Das Gleiche gilt für alle psychischen Phänomene: jedem kommt ein bestimmter materieller Parallelprocess in der Hirnrinde und zwar an ganz bestimmter Stelle zu.

Es giebt materielle Processe im Centralnervensystem, welche ohne psychischen Parallelprocess ablaufen. Hierher gehören erstens alle Reflexe und zweitens alle automatischen Acte. Der oben erwähnte Sohlenreflex ist das einfachste Beispiel eines Reflexes. Einer der complicirtesten ist z. B. folgender von Goltz beim Frosch beschriebener Reflex. Hat man einem Frosch das Grosshirn weggenommen und berührt nun die Cornea mit einer Staarnadel, so tritt zuerst nur einfacher reflectorischer Lidschluss ein. Wiederholt oder verstärkt man aber die Reizung, so schlägt das Thier die Nadel mit dem Vorderfuss der gleichen Seite fort. Bei weiterer Steigerung des Reizes wird Rumpf und Kopf nach der entgegengesetzten Seite gewandt. Schliesslich, bei öfterem

und immer intensiverem Reiz bewegt sich das grosshirnlose Thier vom Platze. Hier begegnen wir complicirten Reflexbewegungen von höchster Zweckmässigkeit und Coordination, und doch fehlt ein psychischer Parallelvorgang. Dem entspricht denn auch die Thatsache, dass auch das grosshirnlose Thier solche Bewegungen noch ausführt. Noch complicirter und doch gleichfalls ohne psychischen Parallelprocess sind die automatischen Acte. Wenn ich einen Frosch so operire, dass ich ihm die Grosshirnrinde wegnehme, aber den Sehhügel lasse, und ihn nun wieder durch Stiche mit der Staarnadel zum Forthüpfen bringe, so beobachtet man, dass dieser Frosch sogar Hindernissen, die man ihm in den Weg stellt, ausweicht. Der Unterschied gegenüber den Reflexen liegt auf der Hand. Bei dem Reflex löst ein Reiz eine Bewegung aus, deren weiterer Ablauf unabänderlich ist. Bei dem automatischen Act löst ein Reiz (z. B. die Berührung der Staarnadel) eine Bewegung aus, welche in ihrem weiteren Ablauf durch intercurrente neue Reize (z. B. das in den Weg gestellte Hinderniss) modificirt wird: der weghüpfende Frosch weicht dem Hinderniss aus. Diese Modificirbarkeit durch intercurrente Reize ist für die automatischen Acte characteristisch. Auch diese automatischen Acte sind ohne psychischen Parallelprocess, und dem entspricht wiederum die Thatsache, dass grosshirnlose Thiere — wofern nur der Sehhügel erhalten ist — solche Bewegungen noch ausführen.

Bewegungen mit psychischem Parallelprocess bezeichnen wir als Handlungen; zuweilen gebrauchen wir auch die ausführlichere Bezeichnung „bewusste Handlung“, „willkürliche Handlung“ oder „Willenshandlung“. Die Handlung ist dadurch charakterisirt, dass für den Ausfall und Ablauf einer Bewegung nicht nur der anfängliche Reiz und spätere intercurrente Reize, sondern namentlich intercurrirende Vorstellungen d. h. Erinnerungsbilder früherer Reize entscheidend sind. Ein einfaches Beispiel ist folgendes. Ein Freund geht an mir vorüber. Dieser optische Reiz löst bei mir eine Grüssbewegung aus. Diesen Vorgang bezeichnet man als Handlung. Die Bewegung wird hier offenbar nicht allein durch die Reize des Augenblickes bestimmt. Wäre die Gestalt nicht diejenige meines Freundes, so würde derselbe optische Reiz keine Grüssbewegung auslösen, sondern ich würde achtlos weiter gehen. Aber es ist mein Freund; derselbe optische Reiz hat schon öfter auf mich gewirkt, und von diesem vielmaligen früheren Sehen ist ein Erinnerungsbild zurückgeblieben. So kommt es, dass, wenn ich den Freund jetzt sehe, die Erinnerung in mir auftaucht, dass es mein Freund ist, und dies Auftauchen des Erinnerungsbildes bedingt es, dass gerade die Grüssbewegung erfolgt und nicht eine beliebige andere Bewegung. Das bestimmende Dazwischentreten eines Erinnerungsbildes charakterisirt die Handlung. Die Handlung ist ein materieller Process, der von psychischen

Parallelvorgängen begleitet ist. Rein materiell betrachtet, stellt sich der Vorgang so dar: Ein peripherer Reiz R_p (die Gestalt des Freundes) löst eine corticale Erregung R_e (im speciellen Fall eine Erregung der Sehsphäre, d. h. der Occipitalrinde) aus. Diese Erregung wird nicht direct in das motorische Gebiet der Hirnrinde übertragen, um hier eine beliebige Bewegung auszulösen, sondern zunächst gelangt die Erregung auf Associationsfasern zu denjenigen Rindenelementen, in welchen die Residuen früherer ähnlicher Rindenerregungen (bei früherem Sehen des Freundes) abgelagert sind. Erst nachdem diese Elemente in Erregung versetzt worden sind, gelangt die Erregung in die motorische Region und zwar zu ganz bestimmten Elementen derselben, nämlich denjenigen, deren Erregung nun im Muskelapparat die Grüssbewegung auslöst. Psychologisch betrachtet, entspricht der Rindenerregung R_e die Empfindung E (die Gesichtsempfindung oder das Sehen des Freundes). Der Erregung der Rindenelemente, in welchen die Residuen früherer ähnlicher optischer Reize niedergelegt sind, entspricht die auftauchende Erinnerung, dass es mein Freund ist, oder, wie man kürzer sagen kann, das Erinnerungsbild oder die Vorstellung des Freundes. Dies auftauchende Erinnerungsbild bestimmt nun die Bewegung, d. h. ich grüsse den Freund. Die Handlung lässt sich also in folgender Reihe darstellen: Reiz — Empfindung — Vorstellung — Bewegung.

Bei den meisten Handlungen schiebt sich zwischen Empfindung und Bewegung nicht eine einzige einfache Vorstellung ein, sondern zahlreiche und zum Theil sehr complicirte Vorstellungen. Ich sehe z. B. eine Rose in einem fremden Garten stehen. An diesen Reiz und die von ihm ausgelöste Gesichtsempfindung der Rose schliessen sich eine grosse Reihe von Vorstellungen an. So taucht z. B. die Vorstellung des schönen Duftes der Rose in mir auf, dann stelle ich mir vor, wie schön die Rose in meinem Zimmer sich ausnehmen würde, dann, dass sie fremdes Eigenthum ist, dass ihr Pflücken mir Strafe zuziehen könnte u. dgl. mehr. Erst nachdem diese ganze Reihe von Vorstellungen abgelaufen ist, erfolgt die Handlung, und zwar, je nachdem die erstgenannten Vorstellungen oder die letztgenannten intensiver sind, pflücke ich die Rose oder gehe meines Weges weiter. Diese ganze Vorstellungsreihe, welche sich zwischen Empfindung und Bewegung einschiebt, bezeichnet man als Ideenassociation. Auf die Empfindung E folgt die Vorstellungsreihe V_1 V_2 V_3 u. s. f. oder die Ideenassociation, und das Resultat derselben ist die Bewegung oder die Handlung s. str., B. Wie sich schon aus dem soeben angeführten Beispiel ergiebt, tendiren die einzelnen auftauchenden Vorstellungen oft zu sehr verschiedenen Bewegungen, z. B. theils zum Pflücken der Rose, theils zum Weitergehen. Die stärkeren Vorstellungen siegen, d. h. bestimmen die Hand-

lung. Insofern kann man die Ideenassociation auch als das Spiel oder den Kampf der Motive bezeichnen.

Den materiellen Parallelprocess für die ganze Reihe E V_1 V_2 .... B stellt man sich der Einfachheit wegen zunächst am besten so vor, dass der Reiz R_p zunächst eine Empfindungszelle erregt, dass die Erregung dann von dieser der Reihe nach auf mehrere Erinnerungszellen mittelst Associationsfasern übergeht und schliesslich, abermals mittelst einer Associationsfaser, auf eine motorische Zelle der sog. motorischen Region übertragen wird, nm hier die Schlussbewegung auszulösen. Freilich lehrt die physiologische Psychologie, dass in der Regel der Vorgang viel complicirter ist: der Empfindung E entspricht ein Erregungsvorgang nicht in einer, sondern in vielen Rindenzellen. Ebenso ist das Auftauchen einer bestimmten Vorstellung fast stets mit einem materiellen Erregungsvorgang in vielen Rindenzellen verknüpft und endlich erfolgt auch die schliessliche Uebertragung der Erregung in das motorische Gebiet nicht auf eine einzige Ganglienzelle, sondern auf einen ganzen Complex von Zellen. Auch ist bei dem gegebenen Schema immer im Auge zu behalten, dass die Annahme, Empfindungs- und Vorstellungsprocesse fänden gerade in den Ganglienzellen statt, zwar viel Wahrscheinlichkeit hat, aber nicht bewiesen ist.

Unter diesen Vorbehalten dürfen wir künftig die Reihe E V_1 V_2 ... B als das Schema jedes psychischen Processes betrachten und einen materiellen Parallelprocess annehmen, welcher von den Empfindungszellen zu den Vorstellungszellen und von diesen zu den motorischen Zellen mittelst der Associationsfasern der Hirnrinde fortschreitet. Dabei ist zu beachten, dass der Erregung der motorischen Zellen selbst, also dem B, ein psychischer Parallelprocess nicht entspricht. Mit der letzten Motivvorstellung ist die psychische Reihe abgeschlossen. Dann erfolgt die Uebertragung der Erregung in die motorische Region ohne psychischen Parallelprocess. Wenn ich z. B. einen gesehenen Gegenstand mit der Hand ergreife, so lehrt die Selbstbeobachtung über diesen Vorgang Folgendes. Zuerst tritt die Gesichtsempfindung des Gegenstandes, E, auf. Dann folgen eine Reihe Vorstellungen, so z. B. namentlich zum Schluss die entscheidende Vorstellung gewisser Annehmlichkeiten, welche den Besitz des Gegenstandes begleiten. Fehlen hemmende Vorstellungen, so erfolgt nun die Uebertragung in das motorische Gebiet und damit die motorische Innervation ohne psychischen Parallelprocess. Erst nachträglich unterrichtet mich die Bewegungsempfindung, welche von der Muskelcontraction durch Reizung peripherer Nervenendigungen hervorgerufen wird, davon, dass die Bewegung wirklich stattgefunden hat. Im Leben des Erwachsenen ändert sich dieser Thatbestand nur insofern zuweilen, als sich vor der Bewegung die Bewegungsvorstellung einschiebt.

Bevor ich nach dem Gegenstand greife, schwebt mir einen Augenblick die Vorstellung dieser Greifbewegung vor oder, wie wir es populär ausdrücken, „ich nehme mir die Greifbewegung vor“. Diese Bewegungsvorstellung ist nichts anderes als das Erinnerungsbild früherer Bewegungsempfindungen. Nur durch diese letzteren ist mir überhanpt die Bewegung bekannt. Ihnen verdanke ich es, dass ich mir eine Bewegung meines Körpers oder meiner Glieder vorstellen kann, und diese Vorstellung geht der bewussten Bewegung oft voraus. Die psychische Reihe würde sich in diesem Falle folgendermaassen darstellen: E, $V_1, V_2, V_3, \ldots V_{bew}$, B.

Alles psychische Geschehen lässt sich auf dies Schema zurückführen. Bleibt B (resp. V_{bew} und B) aus, weil hemmende Vorstellungen überwiegen, so reducirt sich die Ideenassociation auf Empfinden und Nachdenken. Liegt ausserdem E sehr weit zurück, so scheint die Vorstellungsreihe V_1 V_2 etc. ganz isolirt dazustehen. Man spricht dann von einfachem Nachdenken oder Denken. Alles dies sind nur Specialfälle der Ideenassociation, welche in unserem Schema enthalten sind. Es ergiebt sich hieraus, dass nur zwei psychologische Elemente existiren, nämlich Empfindungen und Vorstellungen. Der einzige Process, der mit beiden arbeitet, ist die Ideenassociation. Das Product derselben ist die Handlung. Die sog. Seelenvermögen, welche die ältere speculative Psychologie unterschied, existiren nicht. Speciell ist die Annahme eines besonderen Willensvermögens, welches über der Ideenassociation schweben und „willkürlich“ diese oder jene Bewegung innerviren würde, überflüssig und irreleitend. Ebenso überflüssig ist auch die noch jetzt von Vielen getheilte Annahme einer besonderen Apperception, welche ihre „Aufmerksamkeit“ willkürlich bald dieser bald jener Vorstellung oder Empfindung zuwenden und so den Gang der Ideenassociation bestimmen soll. Vielmehr folgen die Vorstellungen aufeinander nach bestimmten Gesetzen ohne Dazwischentritt eines besonderen willkürlich schaltenden Seelenvermögens, und auch die schliessliche Bewegung ist das notwendige Resultat dieser Ideenassociation. Endlich existirt auch kein besonderes Gefühlsvermögen, vielmehr ergiebt eine genaue Untersuchung, dass unsere Gefühle der Lust und Unlust niemals isolirt, sondern stets gebunden an Empfindungen und Vorstellungen, d. h. als Eigenschaften der letzteren auftreten.*)

Wir werden daher auch der Betrachtung der pathologischen psychischen Processe das oben erörterte Schema zu Grunde legen und in jedem Fall zuerst die Störungen der Empfindungen, dann die Störungen der Erinnerungsbilder oder Vorstellungen, dann die Störungen der Ideen-

*) Hierbei wie in allen Fragen der normalen Psychologie verweise ich auf meinen Leitfaden der physiologischen Psychologie. Jena, G. Fischer 1893. 2. Aufl.

association und schliesslich den Einfluss dieser Störungen auf die Bewegungen resp. Handlungen des Kranken untersuchen..

Daraus, das alle die obengenannten Processe, Empfindung, Vorstellung, Ideenassociation, Handlung in der Hirnrinde sich abspielen, ergiebt sich, dass die Psychiatrie einen Abschnitt und zwar den wichtigsten der Lehre von den Hirnrindenerkrankungen bildet. Keine Psychose ohne Rindenerkrankung. Die der Psychose zu Grunde liegende Rindenerkrankung ist meist eine functionelle, d. h. unseren seitberigen Untersuchungsmethoden ist der pathologisch-anatomische Nachweis der Rindenveränderung bei vielen Psychosen noch nicht gelungen. Nur bei einer kleinen Zahl von Psychosen, so z. B. bei der sog. Dementia paralytica oder „Gehirnerweichung" des Laien lässt sich eine organische Erkrankung der Hirnrinde nachweisen. Oft ergiebt in diesen Fällen schon der makroskopische Anblick eine Verschmälerung der Rinde, jedenfalls weist aber in Uebereinstimmung mit unseren obigen Voraussetzungen die mikroskopische Untersuchung einen ausgedehnten Untergang von Ganglienzellen und Associationsfasern in der Hirnrinde nach.

Jede Rindenerkrankung bedingt eine gewisse Störung des psychischen Processes. Diese Störung hat bald den Charakter eines Herdsymptoms, bald deutet sie auf eine diffuse Erkrankung. So kann durch eine Erkrankung der Rinde des Occipitallappens an bestimmter Stelle der ausschliessliche Wegfall aller Gesichtsempfindungen ohne irgend welche andere Störung bedingt werden. Hier hat die psychische Störung den Charakter eines Herdsymptoms. Bei den Psychosen im engeren Sinne ist meist die psychische Störung keine so isolirte, vielmehr betheiligen sich an derselben die Empfindungen und Vorstellungen aller Rindenbezirke. Die meisten Psychosen im engeren Sinne beruhen somit auf sehr ausgebreiteten diffusen Rindenerkrankungen theils organischen, theils functionellen Charakters.

A. Allgemeine Psychopathologie.

I. Allgemeine Symptomatologie.

a. Die Störungen der Empfindung.

Die *Empfiudnng* ist das erste Glied des psychischen Processes Die normale Empfindung entsteht stets durch einen äusseren Reiz, welcher auf die Endausbreitung irgend eines sensihlen oder sensorischen Nerven wirkt. In seltenen Fällen löst auch ein auf die periphere Nervenhahn wirkender Reiz eine Empfindung aus. So hewirkt z. B. ein Stoss oder Druck auf den N. ulnaris am Ellenhogen eine eigenthümliche Empfindnng im ganzen Ausbreitungsgehiet des Nerven. — Jede Empfindung hat 4 Haupteigenschaften. Die erste ist die *Qualität* der Empfindung: die Empfindung des Tones c und des Tones cis, des Rothen und des Süsseu etc. siud sämtlich mehr oder weniger *qualitativ* verschieden. Ein zweites Merkmal jeder Empfindung ist ihre *Intensität*. Ich kann denselhen Ton c lauter und leiser hören. Befeuchte ich meine Zunge mit einer immer intensiveren Zuckerlösung, so wächst die Intensität der Empfindung, ohne dass ihre Qualität sich ändert. Eine dritte Eigenschaft jeder Empfindnng ist ihr *Gefühlston*. Jede Empfindung ist von einem mehr und weniger starken Lust- oder Unlustgefühl hegleitet. So ist z. B. die Empfindung des Accordes c—cis von einem deutlichen Unlustgefühl oder negativen Gefühlston hegleitet, während die Empfindung des Accordes c—e von einem starken Lustgefühl oder positiven Gefühlston begleitet ist. Endlich kommen viertens jeder Empfindung *räumliche Eigenschaften* zu, insofern jede Empfindung an eine hestimmte Stelle des Raumes projicirt wird. Diese räumliche Projection gewinnt eine ganz besondere Bedeutung bei dem Gesichtssinn des Auges und dem Berührungssinn der Haut, indem wir die von nebeneinander liegenden Punkten der Haut und der Retina herrührenden Empfindungen in der gleichen räumlichen Anordnung auch nach aussen projiciren.*)

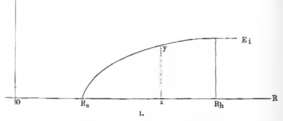
*) Pathologische Störungen dieser räumlichen Projection durch psychische Erkrankung sind kaum bekannt. Es wird also von dieser Projection im Folgenden nur beiläufig gesprochen werden.

Die vier soeben aufgeführten Eigenschaften der Empfindung pflegt man dadurch zu bezeichnen, dass man zu E die Indices q, i, a und r hinzufügt. Die Empfindung mit allen ihren Merkmalen würde also als E_{qiar} zu bezeichnen sein. Wir besprechen zunächst die Intensitätsstörungen der Empfindung.

α. Intensitätsstörungen der Empfindung.

Die Intensität einer Empfindung hängt bei dem gesunden Menschen in ganz gesetzmässiger Weise von der Intensität des Reizes ab, welcher die Empfindung bewirkt. Die wichtigsten hier in Betracht kommenden Gesetze sind folgende:

1. Der Reiz muss eine gewisse Stärke haben, um eben eine Empfindung auszulösen oder, mit anderen Worten, es giebt untermerkliche Reize, d. h. Reize, welche zu schwach sind, um eine Empfindung auslösen zu können.



1.

Derjenige Reiz, welcher eben ausreicht eine merkliche Empfindung auszulösen, wird als **Reizschwelle** bezeichnet. Für jede Empfindungsqualität existirt eine ganz bestimmte Reizschwelle.

2. Wenn der Reiz über die Reizschwelle hinaus wächst, so nimmt die Empfindungsintensität erst **sehr rasch** und dann immer langsamer und langsamer zu.

3. Wenn der Reiz eine gewisse Stärke, die sogenannte **Reizhöhe** erreicht hat, so führt ein weiteres Wachsen des Reizes keine weitere Steigerung der Empfindungsintensität herbei, sondern letztere verbleibt auf der Höhe, welche der Reizhöhe entsprach, stehen.

Alle diese Verhältnisse stellt die beistehende Figur übersichtlich dar. Die Reizstärken sind als Abscissen, die Empfindungsintensitäten als Ordinaten eingetragen. So entspricht z. B. der Reizstärke Ox

die Empfindungsintensität xy. R_s ist die Reizschwelle, R_h die Reizhöhe. Die Gesammtheit aller Empfindungsintensitäten ist durch die Kurve E_i dargestellt.

Den einfachsten Beleg für die Richtigkeit dieser Gesetze gewährt z. B. die Beobachtung eines starken Schalles, welchem wir uns aus grosser Entfernung allmählich annähern. In weiter Ferne hören wir von dem Schall garnichts, obwohl, wie die Physik lehrt, doch Schallwellen in unser Ohr eindringen: der Reiz ist in Folge der grossen Entfernung noch zu schwach eine Empfindung auszulösen. Er befindet sich unterhalb der Reizschwelle. Erst, wenn wir uns dem Schall auf eine bestimmte, der Reizschwelle entsprechende Entfernung genähert haben, fangen wir an, den Schall zu hören. Mit der weiteren Annäherung nimmt die Intensität der Schallempfindung zunächst sehr rasch, dann aber immer langsamer zu. Sind wir schliesslich in grössere Nähe des Schalles angelangt, so tritt ein Augenblick ein, wo wir durch eine weitere Annäherung die Empfindungsintensität nicht mehr zu steigern vermögen, obwohl die einfachste physikalische Betrachtung lehrt, dass die Reizstärke auch jetzt noch mit jedem Schritt der Annäherung wächst. Die Empfindung ist so laut und gellend geworden, dass eine weitere Zunahme nicht mehr stattfindet: die Reizhöhe ist erreicht, die Empfindung wächst nicht mehr. — Man hat auf den verschiedensten Wegen versucht, dieses eigenthümliche Verhalten der Empfindungsintensität bei zunehmender Reizstärke durch eine bestimmte mathematische Formel auszudrücken. Am bekanntesten ist die sog. Fechner'sche Formel. Diese lautet:

$$E_i \text{ prop } \log R$$

wo E_i die Empfindungsintensität und R die Reizstärke bezeichnet. Alle diese Formeln einschliesslich der Fechner'schen erweisen sich im Einzelnen so häufig unzuverlässig, dass sie vorerst für die Pathologie bedeutungslos sind. Die Pathologie unterscheidet daher einstweilen nur zwei Hauptstörungen der Empfindung, die Hypästhesien rep. Anästhesien und die Hyperästhesien.

Die Hypästhesien.

Als Hypästhesie bezeichnet man die Herabsetzung der Empfindlichkeit. Dieselbe äussert sich darin, dass die Reizschwelle sehr hoch liegt und E_i im Verhältnis zu R sehr schwach ist. Ist auch die höchste Reizstärke nicht im Stande eine Empfindung auszulösen, so spricht man von Anästhesie (= Aufhebung der Empfindlichkeit.)

Die meisten Hypästhesien und Anästhesien, welche wir bei Geisteskranken beobachten, beruhen auf Complicationen der Psychose. Besonders häufige derartige Complicationen sind folgende:

1. Die tactilen Hypästhesien und Anästhesien der Hysterie.

Auf dem Gebiet des Berührungssinnes sind dieselben durch ihre eigenthümliche Lokalisation ausgezeichnet: entweder nämlich beschränkt sich die Hypästhesie auf eine Körperhälfte (Hemianästhesie resp. Hemihypästhesie) oder tritt sie in plaquesförmiger Vertheilung auf oder endlich grenzt sie sich auf einzelnen Extremitäten „manschettenförmig“ ab. Häufig kommt hierzu auch eine sensorische Hemihypästhesie, namentlich eine Hemianopsie zugleich mit concentrischer Einengung der intacten Gesichtsfeldhälften. Ageusie und Anosmie treten bald einseitig, bald doppelseitig auf.

Auch die halbseitigen Hypästhesien der Chorea minor compliciren ab und zu eine Psychose.

2. Die diffusen, aber der anatomischen Ausbreitung bestimmter Nerven entsprechenden tactilen Hypästhesien der multiplen Neuritis. Namentlich nach acuten Infectionskrankheiten, bei Syphilitikern und Alkoholisten, zuweilen auch im Senium tritt die multiple Neuritis zugleich mit einer Psychose auf.

3. Die tactilen Hyp- und Anästhesien der Tabes. Die Tabes ist sehr häufig mit Psychosen complicirt, am häufigsten mit der Dementia paralytica, und fügt dann ihre Hypästhesien und Anästhesien zu den Symptomen der Psychose hinzu. Ausser den Störungen der Berührungs- und Temperaturempfindlichkeit kommt hier die Sehstörung durch die tabische Opticusatrophie*) sowie die seltenere Hörstörung durch tabische Acusticusatrophie in Betracht. Ebenso wie die Tabes führt auch die multiple Sklerose und die mutiple Syphilis des Centralnervensystems öfter zu einer ausgesprochenen Psychose und theilt derselben alsdann ihre schwankenden plaquesweisen Hypästhesien mit.

4. Die sensiblen und sensorischen Ausfallserscheinungen in Folge einer Herderkrankung an irgend einer Stelle des Verlaufs einer sensiblen oder sensorischen Bahn. Jede Herderkrankung des Gehirns kann gelegentlich — z. B. durch Fernwirkung auf das Organ der Psyche, die Hirnrinde — eine Psychose hervorgerufen. Letztere erscheint alsdann complicirt mit den sensiblen oder sensorischen Hypästhesien der Herderkrankung.

Alle die soeben aufgeführten Hypästhesien und Anästhesien sind mehr beiläufige Complicationen der Psychose als Symptome der Psychose selbst. Ob ausser solchen complicirenden Hypästhesien auch essentielle, durch die Psychose als solche bedingte Hypästhesien vorkommen ist zweifelhaft. Bei denjenigen Psychosen, welche wie Stupidität, Melancholie und manche Formen des neurasthenischen Irreseins

*) Beiläufig sei an dieser Stelle auch an die Intoxicationsamblyopien erinnert, welche z. B bei Alkoholisten in Folge retrobulbärer Neuritis auftreten.

noch am ersten essentielle Hypästhesien erwarten lassen könnten, ist in Folge des krankhaften Gebahrens der Kranken eine exacte Bestimmung der Reizschwelle und Messung der Empfindungsstärke nicht möglich. Wenn solche Hypästhesien wirklich existiren sollten, so sind sie doch jedenfalls vorerst diagnostisch bedeutungslos.

Die Hyperästhesien.

Auch diese sind zunächst häufig nur die Symptome complicirender Neurosen. So kann z. B. die Hemihyperästhesie*) der Hysterie oder die allgemeine Hyperästhesie einer beginnenden tuberkulösen Meningitis bei einer hysterischen oder meningitischen Psychose hinzukommen. In viel engerer Beziehung zur Psychose selbst steht die Hyperästhesie der Kranken mit neurasthenischem Irresein. Von dem Neurastheniker wird ein leichter Lichtschein zuweilen schon als blendend empfunden. Er nimmt Gerüche wahr, welche der Gesunde wegen ihrer geringen Stärke nicht wahrnimmt. Hier scheint in der That die Reizschwelle pathologisch herabgesetzt.

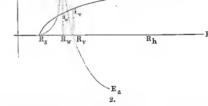
Ausser der Neurasthenie zeigen noch zahlreiche andere Psychosen Hyperästhesie sowohl tactile wie optische (Hyperaesthesia retinae) wie acustische (Oxyacoia). Namentlich jugendliche Kranke zeigen ungemein häufig solche Hyperästhesien. Ferner sind die Prodromalstadien vieler Psychosen, so z. B. der Manie, der acuten Paranoiaformen, oft von Hyperästhesien dieses oder jenes Sinnesgebietes begleitet. Auch die Reconvalescenz (z. B. von der Manie) kann Hyperästhesien zeigen. Fast ausnahmslos ist diese Hyperästhesie an bestimmten Punkten der Körperoberfläche bei stärkerem Druck besonders ausgesprochen. Man bezeichnet solche Punkte als Druckpunkte. Sie entsprechen zum Theil bestimmten Nervenstämmen, so z. B. der Supraorbital-, Infraorbital- und Mentalpunkt, zum Theil wissen wir ihre Localisation noch nicht sicher zu erklären; zu letzteren gehört z. B. der Valleix'sche Punkt über dem Jochbeinfortsatz, der Iliacalpunkt, dessen Druckempfindlichkeit bei dem weiblichen Geschlecht fälschlich als Ovarie bezeichnet wird, die Intercostalpunkte, die Dornfortsätze der Wirbelsäule, deren Druckempfindlichkeit auch als Spinalirritation bezeichnet wird,**) die Schädelnähte, der Mammalpunkt u. s. f. Bei Besprechung der Hyperalgesien wird auf diese Druckpunkte nochmals zurückzukommen sein. — Ein werthvolles objectives Zeichen der in Rede stehenden Hyperästhesie bietet in vielen Fällen die Steigerung der Hautreflexe.

*) Auch hyperästhetische Plaques kommen bei Hysterie gelegentlich vor.

**) Eine mässige Druckempfindlichkeit der Dornfortsätze des Interscapularraumes ist übrigens auch bei völlig gesunden Individuen ab und zu anzutreffen.

β. Störungen des Gefühlstons der Empfindung.

Unter dem Gefühlston der Empfindungen versteht man, wie oben erwähnt, das die Empfindung begleitende Lust- oder Unlustgefühl. Das Lustgefühl wird auch als positiver, das Unlustgefühl als negativer Gefühlston bezeichnet. Das Vorzeichen des Gefühlstons und die Stärke desselben hängt zunächst ganz wesentlich von der Qualität der Empfindung und somit auch von der Qualität des Reizes ab. Der Accord c—cis erzeugt eine Empfindung mit starkem negativen Gefühlston oder, wie wir gewöhnlich sagen, wir empfinden ihn als Dissonanz. Der Accord c d erzeugt eine Empfindung mit schwächerem negativen Gefühlston. Der Accord c f ist von deutlichem Lustgefühl,



2.

also positivem Gefühlston begleitet, der Accord c e von sehr viel stärkerem Lustgefühl u. s. f. Diese Abhängigkeit des Gefühlstons der Empfindung von der Empfindungsqualität ist bei Psychosen selten gestört. Nur gelegentlich findet man — namentlich bei hysterischen Psychosen — eine Umkehr der Gefühlstöne, vermöge deren z. B. Dissonanzen als angenehm, Consonanzen als unangenehm, widrige Gerüche als angenehm, Wohlgerüche als unangenehm empfunden werden u. s. f. Man kann diese Störungen als Paralgesien resp. Parhedonien bezeichnen. Die sog. „Gelüste“ in den leicht psychopathischen Zuständen mancher Gravidität gehören zum Theil hierher. Besonders wichtig sind auch die Parhedonien auf dem Gebiet der Sexualempfindung. Sie äussern sich namentlich darin, dass nicht der Umgang mit Personen des anderen Geschlechts, sondern Umgang mit Personen des gleichen Geschlechts Sexualempfindungen mit positivem Gefühlston, also Wollustgefühle hervorruft. Man bezeichnet diese Abnormität auch als conträre Sexualempfindung oder conträres Sexualgefühl.

Viel bedeutsamer für die Psychopathologie als diese Abhängigkeit des Gefühlstons von der Empfindungsqualität ist die Abhängigkeit

des Gefühlstons von der Empfindungsintensität. Für den Geistesgesunden gilt hier folgendes Gesetz. Jede Empfindung ist bei schwacher Intensität (also in der Nähe der Reizschwelle) mit positivem Gefühlston verknüpft. Je mehr die Empfindnngsintensität wächst, desto stärker wird zunächst dieser positive Gefühlston. Erst weun die Empfindnngsintensität eine gewisse Höhe erreicht hat, welcbe auf der beistebenden Figur der Empfindungsintensität i_w nnd der Reizgrösse R_w entspricht, tritt ein Wendepunkt in der Affectkurve ein: der positive Gefühlston nimmt fortgesetzt ab und ist hei der Empfindungsintensität i_r nnd der Reizstärke R_r auf den Werth Null herabgesnnken. Nehmen Reizstärke nnd Empfindungsintensität noch weiter zu, so stellt sich ein zunehmender negativer Gefühlston ein. Auf der beistehenden Figur sind die positiven Gefühlstöne als Erhebnngen über die Abscissenachse, die negativen als Senkungen unter dieselbe eingetragen. Die Kurve des Gefühlstons stellt sich hiernach als eine Linie dar, welche bei der Reizschwelle sich über die Abscissenachse erhebt, bei R_w ein Maximum erreicht nnd dann ziemlich steil nnter die Abscissenachse abfällt.

Schon alltägliche Erfahrungen bestätigen uns die Richtigkeit des eben dargestellten Gesetzes. Uebelriechende Snbstanzen werden, wie die Parfümfabrikation zeigt, bei genügender Verdünnung zu Wohlgerüchen, und eine sehr concentrirte Zuckerlösung erzeugt ein ausgesprochenes Unlustgefühl. Dies Gesetz gilt für alle Empfindungsqualitäten. Ein zu intensives Licht wirkt „blendend“, ein überlauter Schall wird als „gellend“ empfunden, eine intensivere Berührung ist „schmerzhaft“. Wenn wir trotzdem manche Qualitäten der Empfindung, z. B. gewisse Gerüche, im Allgemeinen entweder als angenehm oder als unangenehm bezeichnen, so erklärt sich dies daraus, dass für manche Substanzen der Punkt R_w sehr weit von der Reizschwelle entfernt liegt und somit für die meisten Intensitätswerthe der Empfindung der Gefühlston positiv ist, während für andere Substanzen R_w sebr nahe bei R_s liegt und mithin das Gebiet der positiven Gefühlstöne sehr eng begrenzt ist.

Die patbologischen Störungen der Stärke des Gefühlstons der Empfindungen theilt man ein in Hypalgesien und Hyperalgesien, Hyphedonien und Hyperhedonien, je nachdem die negativen oder positiven Gefühlstöne herabgesetzt oder gesteigert sind.

Hypalgesien.

Als Hypalgesie bezeichnet man die Herabsetzung der negativen Gefühlstöne der Empfindung. Ihr höchster Grad ist die Analgesie oder Aufhebung der negativen Gefühlstöne der Empfindung. Praktische Bedeutung besitzen nur die Hypalgesien und Analgesien der Berührungs-

empfindlichkeit, also die Herabsetzungen der sogenannten Schmerzempfindlichkeit im engeren Sinne.

Aehnlich wie die Hypästhesien beruhen die Hypalgesien und Analgesien, welche wir bei Geistesstörungen treffen, häufig nur auf Complicationen der Psychose. So ist z. B. die halbseitige oder allgemeine Analgesie bei hysterischen Psychosen mehr ein Symptom der hysterischen Neurose als ein Symptom der Psychose selbst; denn die Analgesie besteht bei diesen Kranken auch vor Ausbruch und nach Abklingen der hinzugekommenen Geistesstörung ganz in derselben Weise. Aehnliches gilt auch z. B. von den tabischen Hypalgesien und Analgesien.

Ein engerer Zusammenhang der Hypalgesie mit der Psychose selbst besteht namentlich in folgenden Fällen:

1. Bei dem angeborenen Schwachsinn.

2. Bei vielen Fällen des erworbenen Schwachsinns. So ist namentlich die Aufhebung der Schmerzempfindlichkeit ein sehr frühes, charakteristisches und häufiges Symptom der schon mehrfach erwähnten Dementia paralytica. Man kann bei diesen Kranken oft die intensivsten Hautreize appliciren, z. B. die Nadel bis zum Knopf einstossen, ohne dass der Kranke mehr als eine „leichte Berührung“ empfindet.

3. Bei schweren hallucinatorischen Dämmerzuständen, d. h. bei eigenthümlichen anfallsweise auftretenden Zuständen, in welchen eine grosse Zahl von Sinnestäuschungen (Hallucinationen) und zugleich hochgradige Unorientirtheit besteht. Am häufigsten sind solche Dämmerzustände bei Epileptikern und gerade bei diesen sind sie fast stets von einer fast vollständigen Analgesie der gesammten Körperoberfläche begleitet.

Hyperalgesien.

Die oben erwähnte Hyperästhesie verbindet sich sehr häufig auch mit Hyperalgesie, d. h. nicht nur die Intensität der Empfindung selbst ist in krankhafter Weise gesteigert, sondern auch der negative Gefühlston krankhaft verstärkt. Das Vorkommen der Hyperalgesie bei Psychosen deckt sich daher auch ungefähr mit demjenigen der Hyperästhesie. Am häufigsten sind sensible oder sensorische Hyperalgesien bei dem hysterischen und neurasthenischen Irresein sowie bei Psychosen jugendlicher Individuen. Dementsprechend sind die oben erwähnten Druckpunkte nicht nur auf Druck besonders empfindlich, sondern auch auf Druck direct schmerzhaft, zuweilen in so hohem Grade, dass die Kranken laut aufschreien.

Auch der Hungerschmerz mancher Geisteskranken, welcher zu einem pathologischen Heisshunger (Bulimie) führt, gehört hierher.

Hyphedonien.

Hyphedonie oder krankhafte Herabsetzung der positiven Gefühlstöne der Empfindung ist erheblich seltener als Hypalgesie. Wo sie auftritt, ist sie fast stets ein Symptom der Psychose selbst. Am grössten ist ihre Bedeutung auf dem Gebiet der Sexualempfindungen. Hier kommt zuweilen bei gewissen Geistesstörungen eine völlige Anhedonie vor, indem die sogenannten Wollustgefühle d. h. die positiven Gefühlstöne der Sexualempfindungen völlig fehlen. Namentlich auf dem Boden schwerer erblicher Belastung entwickelt sich eine solche sexuelle Anhedonie nicht selten. Zuweilen ist sie auch ein Symptom schwerer organischer Erkrankungen des Centralnervensystems, z. B. der Tabes oder der Dementia paralytica. Auch manche chronische Intoxicationen (Alkohol, Morphium, Cocaïn) bedingen häufig eine krankhafte sexuelle Anhedonie oder Hyphedonie.

Auch auf dem Gebiet der Hungerempfindungen spielt die Hyphedonie bei Psychosen oft eine erhebliche Rolle: es kommt zu einer psychisch bedingten Appetitlosigkeit oder Anorexie. Letztere kann so erheblich sein, dass es zu vollständiger Nahrungsverweigerung kommt.

Hyperhedonien.

Krankhafte Steigerungen der positiven Gefühlstöne der Empfindung bezeichnet man als Hyperhedonien. Am häufigsten sind solche wiederum auf dem Gebiete der Sexualempfindungen. Die Hyperhedonie äussert sich hier in der Regel darin, dass unmittelbar nach der sexuellen Befriedigung die sexuelle Libido sofort wiederum und zwar häufig noch gesteigert erwacht. Anderweitige reine Hyperhedonien sind selten.

Mit den soeben aufgezählten Hypalgesien und Hyperalgesien, Hyphedonien und Hyperhedonien sind die Störungen der Stärke des Gefühlstons der Empfindungen noch nicht erschöpft. Ausser dem Gefühlston nämlich, welcher den Empfindungen selbst ganz unabhängig von den an die Empfindung geknüpften Vorstellungen zukommt, übertragen auch die an eine Empfindung geknüpften Vorstellungen ihren Gefühlston auf die Empfindung. So erregt z. B. oft eine Landschaft trotz geringer Schönheit ihrer Linien und Farben Lustgefühle vermöge der Vorstellungen, z. B. der angenehmen Erinnerungen, welche sich an dieselbe knüpfen. Der Vorgang ist hier offenbar folgender: ich habe an dem betreffenden Ort ein angenehmes Erlebniss gehabt, d. h. Empfindungen mit starken positiven Gefühlstönen, z. B. einen Freund gefunden. Sowohl von der Oertlichkeit wie von der Begegnung

des Freundes bleiben Erinnerungsbilder in mir zurück. Das Erinnerungsbild der Landschaft ist zunächst von keinem positiven Gefühlston begleitet, sondern nur das Erinnerungsbild des Freundes. Weil aber das Sehen der Landschaft und das Begegnen des Freundes gleichzeitig stattfand, überträgt sich der positive Gefühlston des letzteren auch auf das Erinnerungsbild der Landschaft. Man bezeichnet dies als die Irradiation der Gefühlstöne. Die Folge dieser Irradiation ist, dass, wenn ich die Landschaft zum zweiten Mal sehe, diese Gesichtsempfindung der Landschaft von einem deutlichen positiven Gefühlston begleitet ist. Dieser Gefühlston, welchen die Empfindung nur den mit ihr associirten Vorstellungen verdankt, wird auch als „reflectirter oder secundärer Gefühlston der Empfindung“ bezeichnet. Diese reflectirten Gefühlstöne spielen in der Psychopathologie eine grosse Rolle. Bei vielen Psychosen tritt nämlich ein krankhaftes Ueberwiegen entweder der positiven oder der negativen Gefühlstöne der Vorstellungen auf. So entsteht eine krankhafte traurige Verstimmung oder Depression (z. B. bei der sog. Melancholie) und eine krankhafte heitere Verstimmung oder Exaltation (z. B. bei der sog. Manie). Die pathologischen Stimmungen im Bereich des Vorstellungslebens theilen sich auch den Gefühlstönen der Empfindungen rückwirkend mit, und so entstehen reflectirte secundäre Lust- und Unlustgefühle der Empfindung. Der Melancholische z. B. fühlt zwar den Wohlklang der Consonanz noch ebenso wie den Missklang der Dissonanz — die primären Gefühlstöne der Empfindung sind in der Regel gar nicht verändert —, aber der Wohlklang der Consonanz macht ihm in Folge der allgemeinen negativen Gefühlsbetonung des Vorstellungslebens keine Freude: entweder er ist gleichgültig („das Herz ist wie zum Stein geworden“ sagt der Kranke) oder er empfindet den Wohlklang sogar schmerzlich. Der Maniakalische andererseits fühlt die Dissonanz zwar noch als Missklang, den Stich noch als Schmerz, aber die allgemeine positive Gefühlsbetonung seines Vorstellens täuscht ihn über Missklang und Schmerz hinweg. In sehr charakteristischer Weise erzählte mir z. B. eine junge Maniakalische mit einem cariösen Zahn lachend von ihren „göttlichen Zahnschmerzen“.

Auf diese secundären Störungen des Gefühlstons der Empfindungen wird wegen ihrer besonderen Wichtigkeit später bei Besprechung der Störungen der intellectuellen Gefühlstöne und der Stimmungsanomalien ausführlicher zurückzukommen sein.

γ. Qualitative oder inhaltliche Störungen der Empfindung.

Die Qualität oder der Inhalt einer normalen Empfindung ist durch den peripheren Reiz bestimmt. Auf die periphere Nervenausbreitung wirkt ein Reiz R und erzeugt in den peripheren Nervenausbreitungen

eine Erregung, die wir als R_p bezeichnen. Diese Erregung wird zur Hirnrinde fortgepflanzt und löst dort eine Erregung R_c aus. Der Erregung R_c entspricht die Empfindung E. Im Allgemeinen ist R_c von dem R_p qualitativ nicht verschieden, und insofern bietet die Empfindung E ein treues Bild des Reizes R. Nur wenn ein inadäquater Reiz die periphere Nervenausbreitung trifft, weicht das R_c von dem R_p ab und entspricht dann auch E dem R inhaltlich nicht. So sind z. B. für den Sehnerv die Aetherschwingungen des Lichts und für den Hörnerv die Molekülschwingungen des Schalles der adäquate Reiz. Lassen wir auf den Seh- oder Hörnerv einen inadäquaten Reiz wirken, also einen mechanischen Reiz oder einen elektrischen Reiz, so tritt allerdings auch eine Licht- oder Schallempfindung auf. Drücken wir z. B. von der Seite auf unseren Augapfel und zerren dadurch die Sehnervendigungen der Netzhaut, so sehen wir einen hellen Lichtring. Ebenso löst galvanische Reizung des Sehnerven eine Lichtempfindung, galvanische des Hörnerven eine Klangempfindung aus. Hier entspricht das R_c offenbar dem R_p nicht, der mechanische Reiz resp. der elektrische Reiz erfährt in der Hirnrinde gemäss dem Gesetz von der specifischen Energie der Sinnesnerven eine Umwandlung, derzufolge der mechanische und elektrische Reiz als Licht oder Schall empfunden wird. Die Empfindung E täuscht uns einen Reiz R vor, der garnicht vorhanden ist. Diese qualitative Fälschung der Empfindung im Sinn des Gesetzes von der specifischen Energie spielt auch in pathologischen Fällen zuweilen eine Rolle. Der mechanische Druckreiz einer Geschwulst, welche die Bahn des Olfactorius, Acusticus etc. comprimirt, kann „subjective" Geruchsempfindungen oder Gehörsempfindungen erzeugen. Diese durch inadäquate Reize ausgelösten subjectiven Empfindungen sind bei dem Geistesgesunden durch sehr elementare, einfache Beschaffenheit ausgezeichnet: meist handelt es sich um einfache Lichtblitze oder Glockenläuten etc.

Bei dem Geisteskranken sind die qualitativen Störungen in dem Verhältniss von E und R viel mannigfaltiger und complicirter. Man unterscheidet 3 Formen solcher qualitativen Störungen der Empfindung, nämlich

1. Die secundären Sinnesempfindungen: bei diesen löst ein Reiz R eine völlig entsprechende Empfindung E aus, zu dieser Empfindung tritt jedoch eine zweite Empfindung auf einem anderen Sinnesgebiet ohne irgend welchen entsprechenden Reiz hinzu.

2. Die Hallucinationen: R fehlt völlig und trotzdem tritt eine Empfindung E auf.

3. Die Illusionen: R ist vorhanden und löst nur eine Empfindung auf dem entsprechenden Sinnesgebiet aus, diese Empfindung aber entspricht dem ursächlichen Reize R nur theilweise, sie ist gegenüber der normalen Empfindung transformirt.

Secundäre Sinnesempfindnngen, Hallucinationen und Illusionen werden auch unter dem Sammelnamen „Sinnestänschungen“ zusammengefasst.

1. Secundäre Sinnesempfindungen.

Im Jahre 1873 herichtete ein jnnger Philologe namens Nusshanmer im Wiener ärztlichen Verein über eigenthümliche Selhstbeobachtungen. Er und sein älterer Brnder hatten seit frühester Jugend die merkwürdige Eigenschaft, dass bei ihnen mit jeder normalen Tonempfindung sich je eine bestimmte Farhenempfindung verhand. Wurde ihm auf dem Harmonium ein hestimmter Ton angegehen, so gah er für denselben Ton stets dieselhe Farhenempfindnng an, obwohl er nicht einmal die Töne selbst richtig wiederzuerkennen vermochte. Diese Farbenempfindungen waren im Kindesalter so lebhaft nnd überraschend, dass er bei einem Ton oft in laute Bewunderung nicht üher diesen, sondern üher die Schönheit der secundär empfundenen Farhe ansbrach und sich dadurch Spott seitens seiner Eltern nnd übrigen Geschwister zuzog. Je nachdem ein Ton auf diesem oder jenem Instrument gespielt wurde, also die Klangfarbe verschieden war, trat eine hestimmte Nüancirung der secundären Farhenempfindung auf. Ein Wiener Nervenarzt erklärte dies Verhalten für psychopathisch und mahnte Nussbaumer zur Vorsicht. Diese Besorgniss erwies sich als unbegründet: Nussbaumer ist bis znm heutigen Tage gesund gehlieben.

Spätere Forschnngen haben gelehrt, dass ähnliche secundäre Sinnesempfindungen auch sonst gelegentlich hei geistesgesunden Individnen, häufiger aher bei Geisteskranken auftreten. Allen diesen secundären Sinnesempfindungen ist gemeinsam, dass ein Reiz ausser der Empfindung auf dem entsprechenden Sinnesgebiet noch eine weitere Empfindung auf einem anderen Sinnesgehiet auslöst: die letztere, die Secundärempfindung, wird gewissermaassen hinzuhallucinirt. Der normale Mensch kann wohl durch einen Trompetenton an die Farhe „gelb“ oder durch den Anhlick des Feuers an das Geräusch des Knisterns erinnert werden. In beiden Fällen vermitteln Vorstellungen die Verknüpfungen, und nur das nicht sinnlich lebbafte Erinnerungsbild des Gelhen oder des Knisterns taucht in uns auf. Bei den secundären Sinnesempfindnngen hesteht die Abnormität darin, dass die primäre Empfindung direct wieder eine sinnlich lehhafte Empfindung anslöst. Eine Analogie für die secundären Sinnesempfindungen bietet die Irradiation der Schmerzempfindnng, welche z. B. von einem cariösen Zahn ausgehend sich schliesslich über die ganze Kopfhälfte ausbreiten kann. Was hier auf dem Gebiet eines Sinnes stattfindet, findet bei den secundären Sinnesempfindungen von einem Sinnesgehiet auf ein anderes hin statt.

Unter den secundären Sinnesempfindungen sind **Photismen**, d. h. secundäre Licht- resp. Farbenempfindungen, am häufigsten. Diese Photismen können die verschiedensten Primärempfindungen begleiten. Meist werden sie von einer Gehörs- oder Berührungsempfindung ausgelöst. Im Allgemeinen werden helle Photismen durch hohe Tonempfindungen oder durch scharfbegrenzte Berührungsempfindungen (kleine, spitzige Gegenstände) erzeugt. Im ersteren Falle spricht man von Schallphotismen, in letzterem von Berührungsphotismen. Rothe, gelbe, blaue und braune Farben herrschen vor. Zuweilen ist nicht die **Tonhöhe** bestimmend für die Farbe der secundären optischen Empfindung, sondern jedem Vokal der menschlichen Sprache ist eine bestimmte Farbenempfindung zugeordnet.*) So gab mir z. B. eine Geisteskranke folgende Farbenassociationen an:

Normale Primärempfindung	Secundärempfindung (ohne entsprechenden Reiz)
a	gelb
e	weiss
i	blau
o	roth
u	schwarz

Die Diphthonge erschienen ihr in Mischfarben.

Bei einer anderen Kranken löste das Hören gewisser Zahlworte Secundärphotismen aus und zwar

die Gehörsempfindung	3	die Secundärempfindung	hellgrün
„	4	„	roth
„	5	„	gelb
„	9	„	orange.

Für die übrigen Zahlen waren die Photismen nicht ganz deutlich. So löste z. B. die Gehörsempfindung 7 eine aus Dunkelgrün und Rothbraun gemischte Secundärempfindung aus.

Bei derselben Person ist die Qualität der secundären Licht- resp. Farbenempfindung für eine bestimmte Primärempfindung stets dieselbe, bei verschiedenen Personen hingegen oft verschieden. So haben z. B. andere Personen bei dem Hören des Vokals o nicht die Empfindung „roth", sondern die Empfindung „gelb" etc.

Erheblich seltener sind **Phonismen**, d. h. secundäre Schall- oder Geräuschempfindungen. Man kann dieselben in Lichtphonismen und Berührungsphonismen eintheilen, je nachdem die Primärempfindung eine optische oder tactile ist. Hohe Phonismen werden meist durch helle

*) In Frankreich bezeichnet man dies sehr charakteristisch als Audition colorée.

Lichtempfindungen oder scharfbegrenzte Berührungsempfindungen hervorgerufen. Die meisten Phonismen haben Geräuschqualität.

Die *Localisation* der secundären Sinnesempfindung ist meist durch diejenige der Primärempfindung bestimmt. Schallphotismen, d. h. durch Tonempfindungen inducirte Lichtempfindungen, werden also in der Regel in das Hörfeld der primären Schallempfindung, die seltenen Geschmacksphotismen meist an die betreffende Stelle der Mundhöhle, Geruchsphotismen in die Umgebung des riechenden Körpers oder in die Nase localisirt. Seltener ist die Projection in das Innere des Kopfes.

Der *Gefühlston* der Secundärempfindung ist von demjenigen der Primärempfindung zuweilen unabhängig: es kann also z. B. der unangenehme Gefühlston einer Primärempfindung von einem angenehmen Gefühlston der Secundärempfindung gefolgt sein.

Weitaus in der Mehrzahl der Fälle tritt die Secundärempfindung annähernd gleichzeitig mit der Primärempfindung auf; in seltenen Fällen schiebt sich ein Intervall von einigen Secunden ein.

Das Vorkommen solcher secundären Sinnesempfindungen bei Gesunden ist äusserst beschränkt. Auch bei Geisteskranken sind sie keineswegs häufig. Mitunter lässt sich bei den mit secundären Sinnesempfindungen Behafteten zwar keine Geistesstörung, wohl aber eine Neurose oder neuropathische resp. psychopathische Veranlagung nachweisen. Man muss mit der Annahme von secundären Sinnesempfindungen sowohl bei Geistesgesunden wie bei Geisteskranken sehr vorsichtig sein; denn nur zu oft werden secundäre Sinnesempfindungen von Kranken und Gesunden fingiert, um sich interessant zu machen. Auch werden häufig secundäre Sinnesempfindungen mit Vorstellungsassociationen verwechselt, d. h. zu der Primärempfindung tritt nicht eine sinnlich-lebhafte Empfindung, sondern lediglich eine Vorstellung (z. B. zum Hören des Vocals *ei* die Gesichts*vorstellung des Weissen* oder zum Hören einer Trompete die *Vorstellung* des Gelben). —

Wo sich bei Geistesgesunden secundäre Sinnesempfindungen finden, kann man nicht selten feststellen, dass *mehrere* Familienglieder von denselben befallen sind. Erheblichere diagnostische Bedeutung haben die secundären Sinnesempfindungen für die Psychiatrie bis jetzt nicht.

2. Hallucinationen.

Eine Hallucination ist eine Sinnesempfindung ohne äusseren Reiz. R fehlt vollständig und doch tritt ein R_c und dementsprechend ein E, eine Empfindung auf. Der Hallucinant sieht Gestalten am klaren, wolkenlosen Himmel und hört Laute bei absoluter Stille etc.

a. *Qualität der Hallucinationen.* Hallucinationen treten auf

allen Sinnesgebieten auf und zeigen auf jedem derselben gewisse Besonderheiten.

Die Gesichtshallucinationen oder Visionen kommen in den mannigfaltigsten Formen vor. Die einfachsten bestehen in dem Sehen von Funken, Lichtern, Flammen- oder Lichtschein, Fäden, Nebeln und Schatten. Die complicirtesten stellen ganze Landschaften und Personen mit allen Details dar. Bald sind sie völlig farblos, „schemen- oder silhouettenhaft“, wie gebildete Kranke sich ausdrücken, bald zeigen sie — so namentlich bei Alkoholisten und Epileptikern — die lebhaftesten und grellsten Farben. Auch die Bestimmtheit der Umrisse schwankt im Einzelnen sehr. Bald erscheinen sie mehr flächenhaft, „als Gemälde“, bald ebenso plastisch wie die wirklichen Dinge. Die Zahl der hallucinatorisch gesehenen Objecte wechselt sehr. Zuweilen erfüllt ein Gewimmel von Gestalten (z. B. Thieren) das ganze Gesichtsfeld, so namentlich bei alkoholistischen Psychosen. In anderen Fällen, speciell bei hysterischen Psychosen, tritt eine Menge von Gestalten ausschliesslich in einer Hälfte des Gesichtsfeldes auf, meist gerade in derjenigen, welche einem hemianopischen Defect entspricht. Oefter noch erscheinen die hallucinatorischen Gestalten mehr vereinzelt. Diese einzelnen hallucinatorischen Gestalten haben zuweilen „Riesengrösse“, z. B. bei epileptischen Psychosen. In anderen Fällen stellen die Visionen „Miniaturbilder“ dar. Am häufigsten haben sie natürliche Grösse. Bald erscheinen sie dicht vor den Augen des Hallucinanten, bald in weitester Entfernung. Die wirklichen Gegenstände werden von den Visionen bald völlig verdeckt, bald „scheinen sie durch die visionären Bildungen durch“. In seltenen Fällen beobachtet man, dass die Hallucination die Verdopplung oder Vervielfachung eines wirklichen Objectes darstellt (hallucinatorische Diplopie und Polyopie).

Die Gehörshallucinationen oder Akoasmen in ihrer elementarsten Form bestehen in allerhand Geräuschen, Sausen, Zischen, Klingen, Donnern, Flüstern, Läuten etc. Die complicirteren Akoasmen bestehen aus Worten. Bald hört sie der Hallucinant im natürlichen Ton, bald hoch bald tief. Oft unterscheidet er nach der Klangfarbe der Stimme verschiedene zu ihm redende Personen. Auch unterscheidet er Weiber-, Männer- und Kinderstimmen. Bald hört er einzelne Worte, wie z. B. Hülferufe, bald ganze Sätze und selbst Reden und Gespräche. Bald sind die Akoasmen gellend laut, häufiger leise und selbst, wie die Kranken sich ausdrücken, „fast unhörbar leise“. Fordert man den Kranken auf, mit seiner Stimme die hallucinatorischen Stimmen nachzuahmen, so erklärt derselbe nicht selten, das sei ihm nicht möglich: die Stimmen hätten einen „ganz übernatürlichen Klang“. In anderen Fällen gleichen die hallucinatorischen Stimmen bis auf alle Einzelheiten wirklichen

Stimmen, und vermag der Hallucinant sie mit mehr oder weniger Geschick nachzuahmen. Gelegentlich werden statt gesprochener Worte auch Melodien ohne Worte und selbst ganze Orchesterstücke gehört. Bald werden die Akoasmen in weite Entfernung verlegt, bald behauptet der Kranke, die Stimme schreie oder flüstere ihm unmittelbar in das Ohr. Selten giebt der Kranke ausdrücklich an, er höre die Stimmen auf einem Ohr, meist hört er sie durchaus symmetrisch auf beiden Ohren.

Geschmackshallucinationen im strengen Sinne des Wortes sind isolirt sehr selten. Die physiologische Psychologie lehrt nämlich, dass nur 4 Geschmacksqualitäten, Bitter, Süss, Salzig, Sauer, existiren und dass der sog. Geschmack vieler Speisen darauf beruht, dass im hinteren Theil der Mundhöhle Speisetheilchen verdampfen und so in die Nasenhöhle gelangen, wo sie Geruchsempfindungen auslösen. In der Psychopathologie pflegt man diese Geruchsempfindungen, welche die Geschmacksempfindungen s. str. begleiten, mit zu den Geschmacksempfindungen in weiterem Sinne zu rechnen. Die enge Verschmelzung, welche zwischen diesen Geruchsempfindungen und den eigentlichen Geschmacksempfindungen stattfindet, rechtfertigt die Zurechnung und erklärt auch, dass in Krankheitsfällen die entsprechenden Hallucinationen gemeinhin verbunden auftreten. Solche Geschmackshallucinationen in weiterem Sinne sind sehr häufig. Die Kranken geben an, dass sie plötzlich einen Geschmack nach Koth oder Blut etc. in der Mundhöhle empfänden u. dergl. m.

Isolirte Geruchshallucinationen sind sehr häufig. Gerüche nach Pech, Schwefel, Rauch, Koth, Schweiss, Chloroform und andererseits nach Rosen und anderen Blumen treten in grösserer oder geringerer Intensität auf.

Berührungshallucinationen (haptische Hallucinationen) kommen auf der ganzen Hautoberfläche vor. Nicht selten werden auch die Berührungsempfindungen in das Innere des Körpers (Schleimhäute etc.) verlegt. Bald empfindet der Kranke einen plötzlichen Schlag oder Stich oder einen Kuss oder eine unsichtbare Umarmung, bald empfindet er auf der ganzen Körperoberfläche ein Netz von Spinnewehen oder elektrische Schläge oder das Herumlaufen unsichtbarer Thiere oder „Zwerge“. Die Mannigfaltigkeit dieser haptischen Hallucinationen ist ungemein gross und mit dieser Aufzählung in keiner Weise erschöpft. Ein Kranker mit Verfolgungswahn empfand, wie auf seinen Spaziergängen eine unsichtbar vor ihm hergehende Person fortwährend mit ihrer Ferse auf seine Fussspitze trat. Derselbe fühlte öfter auf seiner Mundschleimhaut, wie ein klebriger Brei auf dieselbe geschmiert wurde. Andere Kranke fühlen, wie menschliche Körper (nameutlich von Kindern und Personen des anderen Geschlechtes, oft auch von Thieren) zu ihnen in ihr Bett gelegt werden. „Ich bin ganz eingebettet in warmes Fleisch“ erzählte

mir ein Hallucinant. Ueberhaupt tritt zu der hallucinatorischen Berührungsempfindung nicht selten auch eine hallucinatorische Wärme- oder Kälteempfindung hinzu. — Eine besondere Bedeutung beanspruchen auch die Berührungshallucinationen auf sexuellem Gebiet. Es kommt hier zu vollständigen Cohabitationshallucinationen, d. h. es treten alle die zahlreichen die Cohabitation begleitenden haptischen Empfindungen — oft einschliesslich der begleitenden Gefühlstöne — hallucinatorisch auf. Der mittelalterliche Hexenglaube sprach bei solchen Kranken von Succubus und Incubus, indem er die unsichtbare Cohabitation vom Teufel ausgehen liess. Auch allerhand Misshandlungen der Genitalien werden oft hallucinatorisch empfunden.

Den Berührungshallucinationen nahe verwandt sind auch die hallucinatorischen Organempfindungen. Geisteskranke klagen oft über die eigenthümlichsten Empfindungen in diesem oder jenem Körperorgan, so namentlich über eigenthümliche Verlagerungen, Bewegungen und Umgestaltungen der Eingeweide, ohne dass auch die peinlichste Untersuchung irgendwelche periphere Reizquelle aufzuweisen vermöchte. Bei Besprechung der illusionären Organempfindungen wird hierauf zurückzukommen sein.

Bewegungshallucinationen sind hallucinirte Bewegungsempfindungen. Die Empfindung der passiven und activen Bewegung unseres Körpers oder eines Körpertheils ist sehr zusammengesetzt, wahrscheinlich entstammt sie vorwiegend der Gelenksensiblität. Wie jede andere Empfindung können auch diese passiven Bewegungsempfindungen hallucinatorisch, d. h. ohne äusseren Reiz auftreten. So geben manche Kranke an, dass sie plötzlich sich in die Luft gehoben fühlen oder plötzlich die Empfindung haben, als drehe sich ihr Kopf nach rechts oder links. Weiter unten wird zu erörtern sein, welchen eigenthümlichen Einfluss diese hallucinirten Bewegungsempfindungen auf die Bewegungen solcher Kranken haben. Zuweilen kommen solche Bewegungshallucinationen auch auf dem Gebiet der Sprachmuskulatur vor. Durch die Contraction unserer Lippen-, Zungen-, Gaumen- und Kehlkopfmuskeln beim Sprechen werden, wie durch andere Bewegungen, gleichfalls sensible Nervenendigungen gereizt und so Bewegungsempfindungen erzeugt. Auch diese Sprechbewegungsempfindungen werden gelegentlich hallucinirt. Der Kranke hat dann die Empfindung, „als ob er ein bestimmtes Wort ausspräche“.

Zusammengesetzte Hallucinationen. Mitunter beschränkt sich die jeweilige Hallucination auf ein Sinnesgebiet, oft jedoch vereinigen sich Hallucinationen mehrerer Sinnesgebiete zur Vortäuschung eines realen Objectes. So kommt es allerdings vor, dass die visionären Gestalten stumm sind und höchstens die Lippen lautlos bewegen, und dass die Stimmen unsichtbar bleiben. Etwa ebenso oft aber vereinigen

sich Vision und Akoasma, d. h. die visionäre Gestalt spricht hörbar zu dem Kranken, die Stimme „erscheint" ihm. Ja zuweilen kommt noch eine tactile Hallucination hinzu: der Kranke fühlt, wie die zu ihm redende, seinen Augen sichtbare Gestalt ihn auch anfasst. Gerade solche zusammengesetzten Hallucinationen sind von der Wirklichkeit für den Kranken kaum mehr zu unterscheiden. Sehr häufig verknüpfen sich auch die Bewegungshallucinationen mit anderen Hallucinationen, namentlich mit tactilen: der Kranke fühlt nicht nur, wie sein Kopf unwillkürlich bewegt wird, sondern er fühlt auch die Berührung der Hand, welche diese Bewegung vermeintlich an ihm ausführt. Die Zahl dieser combinirten Hallucinationen ist ausserordentlich gross. Häufig lässt sich im Verlauf einer Psychose beobachten, wie allmählich ein Sinnesgebiet nach dem anderen hinzutritt, um sich bei dem Aufbau solcher zusammengesetzten Hallucinationen zu betheiligen. Monate lang fühlt die Kranke z. B. zunächst nur den Dolchstich an einer bestimmten Körperstelle, später sieht sie auch die den Dolchstich ausführende feindlich sich über sie beugende Gestalt und schliesslich hört sie auch ihre Drohworte.

h. Gefühlston der Hallucinationen. Wie die normalen Empfindungen haben auch die hallucinatorischen Empfindungen ihre Gefühlstöne, meist sind die Gefühlstöne der Hallucinationen sogar besonders stark. Hallucinationen gleichgültigen Inhalts sind verhältnissmässig selten.

c. Localisation der Hallucinationen. Schon bei Besprechung der Qualität der Hallucinationen wurde erwähnt, dass die hallucinatorische Empfindung vom Kranken bald in seine unmittelbare Nähe bald in grössere Entfernung projicirt wird. Diese räumliche Projection findet nach ganz denselben Gesetzen statt, wie diejenige der normalen Empfindungen. Begleitende Bewegungsvorstellungen liegen ihr zu Grunde. Im allgemeinen pflegen die Hallucinationen dann, wenn sie im Verlauf der Krankheit zu schwinden beginnen, nicht nur seltener und leiser zu werden, sondern auch in grössere Entfernung projicirt zu werden. Bei Schielenden werden die hallucinatorischen Objecte zuweilen doppelt gesehen. Zuweilen treten auch bestimmte visionäre Gestalten immer an einer bestimmten Stelle des Gesichtsfeldes auf. Auch bei Akoasmen beobachtet man zuweilen ähnliches: so hört z. B. ein Kranker stets eine freundliche Stimme in sein rechtes, eine feindliche in sein linkes Ohr sprechen. — Bewegt der Hallucinant seine Augen, oder dreht er den Kopf, so folgen die visionären Objecte häufig seinem Blick. Bei Kranken mit Nystagmus kommt mitunter ein fortwährendes Hin- und Herschwanken der hallucinatorischen Gestalten vor. Die Localisation von Gehörshallucinationen wird durch Kopfdrehungen meist nicht beeinflusst.

In manchen Fällen werden die Hallucinationen auch in das Innere des eigenen Körpers verlegt. So kannte ich einen Kranken, der im

Innern seines Brustkorbes, mitunter auch im Innern seines Kopfes complicirte Visionen (Bäume mit Teufelsgesichtern) zu haben angab. Viel häufiger ist dasselbe bei Gehörshallucinationen. Der Kranke hört die Stimme oft im Kopfe oder in der Brusthöhle oder im Leib sprechen, sogar in einzelne Finger verlegt der Kranke zuweilen seine Akoasmen. Mitunter sind auch anderweitige Reize und mit diesen verknüpfte Vorstellungen für die Localisation der Hallucinationen maassgebend. So ist der Gehörshallucinant gern geneigt, seine Stimme in den Schornstein, Ventilationslöcher etc. zu verlegen. Diese Localisation ist meist eine secundäre. Anfangs ist die Localisation solcher Akoasmen eine ganz andere oder unbestimmt gewesen; weil aber der Hallucinant den Sprecher nicht sieht und doch deutlich hört, bildet er sich die Vorstellung, derselbe sei z. B. im Ventilationsschacht verborgen. Diese Vorstellung bestimmt nun die Localisation aller folgenden Akoasmen. Auch sensible Reize können gelegentlich für die Localisation von Akoasmen direct maassgebend sein: so kommt es vor, dass Kranke die Stimmen an derjenigen Parthie des Abdomens hören, welche Sitz neuralgischer oder anderweitiger Schmerzen ist.

d. Entstehungsbedingungen. Schliesst der Gesichtshallucinant seine Augen, so findet man häufig, dass die Visionen kürzere oder längere Zeit verschwinden. Umgekehrt giebt es Kranke, bei welchen der Augenschluss nothwendige Vorbedingung für das Auftreten von Visionen ist. Ebenso wirkt der Verschluss der Ohren bei dem einen Hallucinanten steigernd, bei dem anderen abschwächend auf die Akoasmen. In vielen Fällen ist der Abschluss äusserer Reize überhaupt ohne Einfluss. Hiermit hängt auch die weitere Beobachtung zusammen, dass manche Gehörs-Hallucinanten in der Stille der Nacht oder der Einzelhaft besonders lebhaft hallucinirea, während andere leise wirkliche Geräusche hören müssen, damit neben diesen noch Akoasmen auftreten.*) Ebenso treten die Visionen bei dem einen Kranken vorwiegend im objectleeren Gesichtsfeld (im Dunkel, am leeren Himmel etc.), bei dem anderen vorwiegend mitten unter zahlreichen wirklichen Objecten auf.

Gleichzeitige Einwirkung wirklicher Reize auf andere Sinnesgebiete schwächt häufig die Hallucinationen momentan ab. So kann ein plötzliches Geräusch eine Vision und ein interessantes Bild ein Akoasma momentan verdrängen. Sehr viel seltener ist es, dass umgekehrt ein wirklicher Reiz auf einem andern Sinnesgebiet nothwendig ist, um die

*) Man bezeichnet solche Hallucinationen auch als functionelle Hallucinationen. Von den Illusionen sind dieselben dadurch unterschieden, dass bei der Illusion das wirkliche Geräusch selbst zu der Gehörstäuschung wird, also in ihr aufgeht, während bei der functionellen Hallucination neben und ausser dem wirklichen Geräusch, zuweilen sogar an einer anderen Stelle des Raumes, das Akoasma gehört wird.

Hallncination hervorzurufen. So hatte eine Kranke regelmässig und ausschliesslich dann, wenn sie ein Messer oder eine Scheere sah, die taktile Hallucination, dass in ihre Finger geschnitten werde. Diese Berührungstäuschung war bei ihr so lebhaft, dass sie sinnlos auf die Person, welche die Scheere oder das Messer in der Hand hielt, einschlug. Das Bewusstsein, dass es sich um eine Täuschung handle, fehlte ihr vollkommen. Man hat diese Hallncinationen auch als Reflexhallncinationen bezeichnet. Von den secundären Sinnesempfindungen unterscheiden sich dieselben dadurch, dass sich zwischen die normale Primärempfindung und die Hallncination noch eine Vorstellung, z. B. in dem mitgetbeilten Fall die Vorstellung des Schneidens, einschiebt.

Von grossem Einfluss auf das Zustandekommen der Hallucinationen ist bei vielen Kranken auch die sog. Aufmerksamkeit. Viele Kranke hören Stimmen, sobald sie hinhorchen, sei es, dass der Arzt sie dazu auffordert, sei es, dass sie selbst von den Stimmen etwas erfahren wollen. Andere sehen Gestalten, sobald sie den Blick auf einen bestimmten Raumpunkt heften. Die Anspannung des Accommodationsapparates des Auges und des Ohres löst hier die Sinnestäuschnng aus. Hierauf beruht es, dass viele Kranke, wie man es auszudrücken pflegt, „willkürlich“ hallnciniren können.

Grosse Wichtigkeit in diagnostischer und prognostischer Beziehung hat endlich die Frage, wie weit die Hallucinationen dem augenblicklichen Vorstellungsinhalt des Kranken entsprechen. Keine Hallucination des Kranken ist eine völlige Neuschöpfung. Die Kranken halluciniren nur, was sie früher einmal empfunden haben und was also in Gestalt von Erinnerungsbildern oder Vorstellungen in ihrer Hirnrinde vorhanden ist. Freilich kommt es oft genug vor, dass die Kranken Gesichter sehen, die ihnen ganz unbekannt sind, nnd Silbencombinationen hören, die ihnen früher nie vorgekommen sind und deren Sinn ihnen selbst räthselhaft ist. Aber auch in diesen Fällen ist die Hallucination keine völlige Neuschöpfung, sie hat nur neue Combinationen partieller Erinnerungsbilder früherer Empfindungen geschaffen. Die combinatorische Thätigkeit, durch welche wir aus Bruchstücken von Erinnerungsbildern neu zusammengesetzte Vorstellungen bilden,, bezeichnen wir bei dem Gesunden als Phantasie. Bei dem Gesunden ist die Phantasie nicht sinnlich lebhaft: unsere Phantasievorstellungen bleiben eben Vorstellungen. Bei dem Hallncinanten erlangen sie sinnliche Lebhaftigkeit oder, mit anderen Worten, werden sie zu Empfindungen. Ebenso wie die Phantasievorstellungen des Gesunden keine völligen Neuschöpfungen, sondern nur neue Combinationen alter Erinnerungsbilder sind, so sind auch die Hallncinationen trotz ihrer gelegentlichen Fremdartigkeit in letzter Linie stets auf Erinnerungsbilder wirklicher Empfindungen zurückzuführen. Hiermit hängt

es auch zusammen, dass bei den Blindgeborenen niemals Visionen, bei den Taubgeborenen niemals Akoasmen auftreten, während erworbene Blindheit und Taubheit Hallucinationen keineswegs ausschliesst.

Unser Gehirn enthält zahllose Vorstellungen oder Erinnerungsbilder. Die meisten derselben sind latent d. h. im Augenblick lediglich als materielle Spuren ohne psychischen Parallelprocess in meiner Hirnrinde vorhanden, und nur einige wenige sind im Augenblick actuell vorhanden, nämlich diejenigen, an welche ich — wie wir es populär ausdrücken — im Augenblick gerade denke. Man kann nun mit Vortheil die Hallucinationen eintheilen in solche, welche dem jeweiligen augenblicklichen Bewusstseinsinhalt, also den actuellen Vorstellungen, inhaltlich entsprechen, und solche, welche zu dem augenblicklichen Bewusstseinsinhalt gar keine Beziehung haben, sondern vielmehr ans latenten, z. Th. halbvergessenen Erinnerungsbildern, sei es in alten Combinationen, sei es in neuen Combinationen hervorgehen. Wir bezeichnen die ersteren als vermittelte oder begleitende Hallucinationen, die letzteren als unvermittelte Hallucinationen. Die vermittelten Hallucinationen sind meist weniger sinnlich lebhaft, namentlich weniger bunt und scharf begrenzt, resp. laut und deutlich als die unvermittelten. Entsprechend dem steten Wechsel des Bewusstseinsinhalts sind sie sehr veränderlich, während die unvermittelten Hallucinationen oft durch grosse Beständigkeit sich auszeichnen. Die vermittelten Visionen deutet der Kranke gern dahin, dass „all sein Denken alsbald in Scene gesetzt werde". Die vermittelten Akoasmen bezeichnet er oft geradezu als ein „Nachsprechen" oder „Lautwerden" seiner Gedanken. Auch von „Mitklingen" sprechen die Kranken zuweilen. Gerade diese vermittelten Akoasmen werden besonders häufig in der eben angegebenen Weise in das Innere des eigenen Körpers, namentlich des eigenen Kopfes verlegt. Die Klangfarbe der Akoasmen ist in diesen Fällen meist sehr unbestimmt, zuweilen entspricht sie derjenigen der eigenen Stimme des Kranken, seltener entspricht sie einer fremden Stimme.

Häufig stellen die vermittelten Hallucinationen keine einfache Wiederholung der augenblicklichen Vorstellungen des Kranken dar, sondern sie stehen nur in unverkennbarer Beziehung zu den letzteren. Namentlich gilt dies von den Akoasmen. Die Stimmen machen Randglossen zu den Gedanken des Kranken. Ein Patient verglich sie geradezu mit dem Chor der griechischen Tragödie. In vielen kommt es zu vollständigem Frage- und Antwortspiel zwischen dem Kranken und seinen Stimmen. Dabei ist der Kranke zuweilen über das Treffende der hallucinirten Bemerkungen erstaunt. So kenne ich einen Kranken, der regelmässig Italienisch trieb: wenn er sich Vocabeln abhörte, so kam es zuweilen vor, dass er ein Wort nicht wusste oder falsch sagte, und die Stimme ihm das richtige Wort zurief.

Bei Kranken mit vermittelten Hallucinationen lassen sich häufig auch neue Hallucinationen durch Suggestion (ohne Hypnose) hervorrufen resp. vorhandene Hallucinationen inhaltlich beeinflussen. Es genügt zuweilen, dass man solchen Kranken einen bestimmten Gegenstand zeigt oder nennt und so die den Gegenstand entsprechende Vorstellung hervorruft: die durch Suggestion angeregte Vorstellung löst alsbald Hallucinationen, welche zu dem betreffenden Gegenstand in Beziehung stehen, aus. Hierher gehört auch die sog. „willkürliche“ Erzeugung einer bestimmten Hallucination durch lebhaftes Denken an die entsprechende Vorstellung.

Handelt es sich um Kranke mit Wahnvorstellungen, so gestalten sich etwaige vermittelte Hallucinationen mit besonderer Vorliebe im Sinne dieser Wahnvorstellung.

Die unvermittelten Hallucinationen sind dem Kranken selbst häufig überraschend. Die abliegendsten Erinnerungsbilder aus früher Kindheit können plötzlich Hallucinationen auslösen. Die Seltsamkeit in der Combination partieller Erinnerungsbilder zu scheinbaren Neuschöpfungen versetzt den Kranken mitunter geradezu in Erstaunen über seinen ungeahnten Phantasiereichthum. Bei vielen Kranken kommen übrigens vermittelte und unvermittelte Hallucinationen neben einander vor. Auch existiren fliessende Uebergänge zwischen beiden.

e. Einfluss der Hallucinationen auf den Ablauf der Ideenassociation. Die wichtigste Frage ist hier, ob die Hallucination von dem Hallucinanten als wirkliche Empfindung acceptirt wird oder nicht. Es sind in dieser Hinsicht 3 Fälle zu unterscheiden.

1. Der Hallucinant nimmt für seine Hallucination einen äusseren Reiz an, gerade so als ob sie eine normale Empfindung wäre.*)

2. Der Hallucinant unterscheidet seine Hallucinationen zwar von den gewöhnlichen, durch äussere Reize hervorgerufenen Empfindungen, misst ihnen aber doch entscheidende Bedeutung zu und wird in seinen Schlüssen und Handlungen von denselben beeinflusst. Der Hallucinant fasst die Hallucination in diesem Fall gern als göttliche Offenbarung auf.

3. Der Hallucinant ist sich der subjectiven Entstehung seiner Hallucinationen bewusst und zwar erkennt er in ihnen dann meist richtig die Erzeugnisse einer krankhaft erregten Phantasie, zuweilen führt er sie auch auf Vergiftungen zurück, welche seine vermeintlichen Feinde bei ihm versucht haben.

Das sub 1 und 2 angeführte Verhalten ist am häufigsten bei solchen Hallucinationen, welche auf mehreren Sinnesgebieten gleichzeitig auftreten. Beschränken sich die Hallucinationen auf ein einziges Sinnesgebiet, so hängt es von ihrer Intensität, ihrer Häufigkeit, ihrer Be-

*) Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass der Kranke die Hallucination als ein „Gaukelwerk“ oder „Theater“ auffasst, welches ihm „vorgemacht wird“.

ziehung zu den actuellen Vorstellungen ab, ob der Hallucinant der Täuschung unterliegt oder nicht. Wenn Hallucinationen jahrelang bestehen, so ist es, auch bei Beschränkung auf ein Sinnesgebiet, Regel, dass der Kranke schliesslich die Kritik verliert und an die Realität seiner Hallucinationen glaubt.

Ist der Hallucinant von der Realität seiner Hallucinationen überzeugt, so ist der Einfluss der letzteren auf sein Denken und Handeln fast stets ein übermächtiger. An sich wäre es ja durchaus nicht nothwendig, dass der Hallucinant z. B. einer Stimme, welche ihm zu essen verbietet, — auch wenn er dieselbe für wirklich hält — mehr glaubt und gehorcht als dem Hunger und dem Arzt, welcher ihn zum Essen auffordert, und doch lehrt eine tausendfache Erfahrung, dass der Kranke in der Regel der Stimme folgt und abstinirt, d. h. nichts isst. Die Hallucination erweist sich als einflussreicher als alle normalen Empfindungen und vernünftigen Ueberlegungen und Zureden. Aus dem Vorstellungsleben entspringt die Hallucination und die Ideenassociation verleugnet ihren eignen Abkömmling in der Regel nicht.

Der Einfluss der Hallucinationen auf den weiteren Vorstellungsablauf ist in formaler Beziehung sehr verschieden. Bald wirken die Hallucinationen hemmend, bald beschleunigend auf denselben. Im ersteren Fall spricht man von secundärer hallucinatorischer Denkhemmung (hallucinatorischem Stupor), im letzteren von secundärer hallucinatorischer Ideenflucht. Bei einförmigen schreckhaften oder religiös-ekstatischen Hallucinationen überwiegt meist die Hemmung, während massenhafte heitere Hallucination im Allgemeinen öfter zu Ideenflucht führen. Doch ist im einzelnen Fall oft schwer zu ergründen, weshalb die vorhandenen Hallucinationen gerade Hemmung oder im anderen Fall gerade Beschleunigung des Vorstellungsablaufes bedingen. Wenn sich die Hallucinationen sehr häufen und zugleich untereinander des Zusammenhangs entbehren, so wirken sie auch störend auf den Zusammenhang des Vorstellungsablaufs und bedingen eine völlige Verwirrtheit der Ideenassociation, welche sich namentlich in verwirrten Reden äussert und uns später als secundäre hallucinatorische Incohärenz eingehender beschäftigen wird. Der Kranke ist eben nicht mehr im Stande die zahlreichen zusammenhangslosen Vorstellungen, welche die massenhaften und unter sich disparaten Hallucinationen anregen, zu einer geordneten Vorstellungsreihe zusammenzufügen. Mit dieser hallucinatorischen Incohärenz verbindet sich in der Regel auch secundäre d. h. durch Hallucinationen bedingte Unorientirtheit. Das hallucinatorische Erscheinen weit wegwohnender Personen und entfernter Landschaften stört seine zeitliche und räumliche Orientirung: er glaubt in andrer Zeit und an anderem Orte zu leben.

Endlich bedingt die Hallucination häufig direct inhaltliche Störungen des Denkens, d. h. Wahnideen. Eine Stimme ruft z. B. dem Kranken direct zu: „Du bist Christus", und fortan ist der Kranke fest von seiner Messiaswürde überzeugt: er ist durch seine Hallucination zu einer Grössenidee gekommen. Diese secundären hallucinatorischen Wahnvorstellungen werden später noch ausführlicher zu besprechen sein.

Aehnlich gestalten sich auch die Handlungen des Hallucinanten je nach dem Inhalt der Hallucination unendlich verschieden. Zunächst malt sich die Hallucination im Gesichtsausdruck des Kranken. Das gespannte Hinhorchen oder plötzliche Aufhorchen des Einen verräth die Anwesenheit von Akoasmen. Der Gesichtshallucinant starrt meist in das Leere, sein Blick wandert hin und her, ohne dass ein merklicher Gegenstand sich bewegt. Oft beobachtet man auch ganz charakteristische Abwehrbewegungen, durch welche der Hallucinant unangenehme Hallucinationen abzuwehren sucht. Der Visionär schliesst die Augen und wendet den Kopf ab, der Gehörshallucinant hält sich die Ohren zu oder verkriecht sich unter die Decke oder stopft Watte in die Ohren und in die Schlüssellöcher. Der Geschmackshallucinant speit aus oder rührt die ihm vorgesetzten Speisen garnicht an. Der Geruchshallucinant hält sich die Nase zu oder er schlägt plötzlich ein Fenster ein, um durch frische Luft sich von dem hallucinatorischen Qualm und Dunst zu befreien etc. Verweigert der Kranke Auskunft, so kann man häufig erst nachträglich, d. h. nach Genesung des Kranken, diese Abwehrbewegungen richtig deuten lernen. So kannte ich einen Kranken, der fortwährend mit seinem Kopf die eigenthümlichsten drehenden Bewegungen ausführte. Während des Krankheitsverlaufes war eine Auskunft über die Motive zu dieser Bewegung nicht zu erhalten. Genesen gab der Kranke an, dass er fortwährend einen Galgen über sich gesehen und eine Schlinge um seinen Hals gefühlt habe und durch die Kopfbewegung den Hals aus der Schlinge zu ziehen versucht habe. — Ganz besonders bedeutend ist auch der Einfluss der hallucinirten Bewegungsempfindungen auf die Bewegungen des Kranken. Eine hallucinatorische Bewegungsempfindung kann in doppelter Weise wirken: entweder versucht der Hallucinant durch eine gegensinnige oder, wie wir sagen wollen, compensatorische Bewegung, die vermeintliche, hallucinirte Bewegung wieder auszugleichen, oder die hallucinirte Bewegungsempfindung veranlasst ihn die vermeintliche, hallucinirte Bewegung auch wirklich auszuführen. Hat z. B. der Kranke die Hallucination, dass sein Kopf plötzlich nach rechts gedreht werde, so wird er entweder durch eine energische dauernde oder auch öfter ruckweise wiederholte Linksdrehung des Kopfes die vermeintliche Rechtsdrehung zu compensiren suchen, oder die hallucinirte Bewegungsempfindung wird umgekehrt gerade Veranlassung zu einer Rechtsdrehung des Kopfes.

Warum in dem einen Fall diese, in dem andern jene motorische Reaction stattfindet, lässt sich oft garnicht nachweisen. Man bezeichnet diese eigenthümlichen Bewegungen auch als „hallucinatorische Zwangsbewegungen“. Einen Specialfall derselben stellt das „hallucinatorische Zwangssprechen“ dar: hier veranlassen die oben erwähnten hallucinirten Bewegungsempfindungen im Gebiet der Sprachmuskulatur den Kranken zum Aussprechen der Worte, deren zugehörige Muskelcontractionen der Kranke zu empfinden glaubt. In anderen Fällen sucht der Kranke durch bestimmte Stellungen den hallucinirten Bewegungen entgegenzuwirken: man bezeichnet dieselben als hallucinatorische Zwangsstellungen. Da die Hallucinationen, welche solche Zwangsbewegungen und Zwangsstellungen veranlassen, oft stunden- und tagelang sich in nämlicher Weise wiederholen, so wiederholen solche Kranke auch ihre Zwangsbewegungen oft stunden- oder tagelang und verharren fortwährend in gewissen Zwangsstellungen. Solche stereotypen hallucinatorischen Zwangsbewegungen und Zwangsstellungen bezeichnet man auch als katatonische.

Abgesehen von den bis jetzt betrachteten Bewegungen des Aufmerkens und Abwehrens lösen die Hallucinationen auch zahlreiche complicirtere Handlungen aus. Am einflussreichsten sind in dieser Hinsicht die sog. imperativen Hallucinationen, d. h. Stimmen, welche dem Kranken diese oder jene Handlung befehlen. Der eine kniet auf Befehl der Stimme nieder, der andere steckt ein Haus an, ein dritter verstümmelt sich selbst u. s. f. In anderen Fällen üben die Hallucinationen eine motorische Hemmung aus. So verharren Kranke z. B. wochenlang in regungsloser Rückenlage, weil eine Stimme ihnen den Tod droht, sobald sie sich regen. Ich kannte eine Kranke, welche über einen Monat lang den ganzen Tag regungslos auf einem Fleck stand: der Speichel floss ihr aus den offenen Mundwinkeln, Urin und Koth liess sie unter sich gehen. Später wurde festgestellt, dass sie rings zu ihren Füssen Abgründe sah und deshalb sich nicht von der Stelle rührte. Ausser schreckhaften Visionen können auch gelegentlich prächtige Visionen (namentlich religiösen Inhalts) zu motorischer Hemmung führen. So beobachtet man Kranke, welche den Himmel offen, Gott umgeben von den Engeln und Christus am Kreuz sehen und in diesen Anblick versunken tagelang kein Glied rühren. Man bezeichnet solche Hallucinationen als fascinirende. Sind die Hallucinationen zahlreich, sehr wechselnd und von starken, namentlich positiven Gefühlstönen begleitet, so überwiegt meist der beschleunigende Einfluss auf die motorischen Innervationen: es kommt zu der sog. hallucinatorischen Agitation, welche sich häufig zu ausgesprochener Tobsucht steigert.

f. Theorie des Sitzes und der Entstehung der Hallucinationen. Die physiologische Psychologie lehrt, dass alle Empfin-

dungen in der Hirnrinde stattfinden, d. h. in dieser ihre materiellen Parallelvorgänge haben, die Gesichtsempfindungen in der Sehsphäre des Occipitallappens, die Gehörsempfindungen in der Hörsphäre des Temporallappens u. s. f. Wir müssen daher annehmen, dass auch die pathologischen Empfindungen, die Hallucinationen, ebenda ihren Sitz haben, die Visionen in der Sehsphäre, die Akoasmen in der Hörsphäre u. s. f. Alle Hallucinationen sind also, was ihre Localisation anlangt, cortical.*) Eine andere Frage ist, woher die hallucinatorischen Erregungen stammen. Schon aus früheren Auseinandersetzungen ergiebt sich, dass die Hallucinationen ihren Ursprung in erster Linie aus unseren Erinnerungsbildern oder Vorstellungen nehmen. Der Anschaulichkeit wegen legen wir wieder das hypothetische Schema zu Grunde, welches wir in

R ———————————— E —o— V —o

3.

der Einleitung aufstellten (vgl. Fig. 3). Normaler Weise erzeugt ein Reiz R in der corticalen Empfindungszelle E eine Empfindung, und von dieser Empfindung bleibt in der Erinnerungszelle V ein Erinnerungsbild oder eine Vorstellung zurück. Normaler Weise nimmt also die Erregung stets den Weg REV. Bei der Hallucination kehrt sich dieser Verlauf um. Das in V niedergelegte Erinnerungsbild, die Vorstellung, versetzt E in Erregung und erzeugt hier die zugehörige Empfindung, d. h. — da ein R fehlt — eine Hallucination. Dabei ist das Erinnerungsbild in V bald ein latentes, bald ein actuelles, d. h. bald liegt der Hallucination eine Vorstellung zu Grunde, die im Augenblicke gar nicht in unserem Bewusstseinsinhalt enthalten ist, bald eine Vorstellung, an die wir im Augenblick gerade wirklich denken. Wir unterschieden hiernach schon oben unvermittelte und vermittelte Hallucinationen. In Hinblick auf unsere Figur kann man geradezu von einem abnormen centrifugalen Verlauf der Erregung von den Erinnerungszellen zu den Empfindungszellen sprechen. Hierin liegt der wesentliche pathologische Vorgang bei jeder Hallucination. Bei vielen Hallucinationen kommt jedoch noch ein zweites Moment hinzu. Es lässt sich nämlich oft nachweisen, dass R, also ein auf die Empfindungszellen wirkender Reiz, nicht vollständig fehlt. So scheint ja z. B. für die Visionen des Alkoholisten, der allenthalben Bienen in seiner Stube umherfliegen sieht, zunächst R völlig zu fehlen. Ein äusserer Reiz in dem gewöhnlichen Sinne fehlt in der That auch, hingegen lehrt genauere Untersuchung, dass auf dem Weg vom Sinnesorgan bis zu der Hirnrinde Reize doch

*) Die ältere Theorie Schroeder van der Kolks, Meynerts u. a. nahm an, dass die Hallucinationen infracortical (in den Vierhügeln etc.) auftreten.

vorhanden sind. Namentlich im Sinnesorgan selbst finden sich solche Reize recht häufig: hierher gehören z. B. die Glaskörpertrübungen des Auges und die chronisch-entzündlichen Processe des Mittelohrs. Solche entoptische und entotische Reize werden ausserhalb der Psychose als solche empfunden, d. h. die Glaskörpertrübungen als Mouches volantes, die Reizvorgänge in der Paukenhöhle — nach dem Gesetz von der specifischen Energie — als einfache subjective Geräusche, Sausen, Klingen etc. Sobald eine Psychose ausbricht, werden aus diesen Mouches volantes umherschwirrende Bienen, aus den einfachen Geräuschen hallucinatorische Worte. Der Nachweis, dass in vielen Fällen den Hallucinationen solche entotische und entoptische Reize zu Grunde liegen, liegt darin, dass sich im Krankheitsverlauf der allmähliche Uebergang der einfachen subjectiven Geräusche in Stimmen etc. und später bei Abnahme der Krankheit die Rückbildung der Stimmen zu Geräuschen verfolgen lässt. Auch sind Fälle bekannt, in welchen die Beseitigung eines Paukenhöhlenkatarrhs das Verschwinden der Hallucinationen zur Folge hatte. Endlich erklären sich so auch die einseitigen Hallucinationen, welche man gelegentlich beobachtet: es handelt sich hier um Kranke, welche ihre Stimmen nur auf einem Ohr hören und ihre Visionen nur auf einem Auge sehen;*) einer genauen Untersuchung gelingt es hier meist, periphere Erkrankungen in demjenigen Ohr resp. Auge nachzuweisen, welches Sitz der Hallucinationen ist. Aehnliches hat man auch auf allen anderen Sinnesgebieten nachzuweisen vermocht. Zuweilen ist die Reizquelle auch nicht im Sinnesorgan, sondern centraler zu suchen. So liefert Atrophie des Sehnerven, Gehörnerven und Riechnerven, weit entfernt Hallucinationen auszuschliessen, geradezu mitunter das nothwendige Reizmaterial für die Entstehung von Hallucinationen. Auch bei multipler Neuritis hat man Aehnliches beobachtet.

Je mehr man sich daran gewöhnt, bei jedem Hallucinanten genau die peripheren Sinnesorgane zu untersuchen, um so öfter gelingt es, periphere Reizquellen für die Hallucinationen zu entdecken. Hält man sich streng an die anfänglich gegebene Definition der Hallucination, wonach absolutes Fehlen jedes Reizes gefordert wird, so wären offenbar alle die eben betrachteten Fälle, insofern bei denselben ein Reiz doch nachzuweisen ist, den später zu besprechenden Illusionen zuzurechnen. Aus praktischen Gründen thut man dies nicht. Wollte man die Definition streng aufrecht erhalten, so müsste man — bei der Schwierigkeit des Nachweises einer Erkrankung der peripheren Sinnesorgane bei Geisteskranken — in sehr vielen Fällen die Entscheidung, ob Hallu-

*) Die Einseitigkeit lässt sich namentlich dann bequem nachweisen, wenn mit dem Schluss des einen Auges (nämlich des erkrankten) die Hallucinationen schwinden, während Schluss des anderen Auges sie unbeeinflusst lässt.

cination oder Illusion, in suspenso lassen und auf jede Bezeichnung verzichten. Man hat sich daher gewöhnt, alle obigen Fälle noch zu den Hallucinationen zu rechnen und dementsprechend in der Definition der letzteren nur die Abwesenheit äusserer Reize zu fordern. In der künftigen Darlegung soll das Wort „Hallucination" stets in diesem weiteren Sinne gebraucht werden. Man muss sich dabei nur gegenwärtig halten, dass von den Hallucinationen in diesem weiteren Sinn ein grosser Theil durch innerhalb der Körperoberfläche gelegene Reize gespeist wird. Man kann dies im Hinblick auf das oben gegebene Schema auch folgendermaassen ausdrücken: bei jeder Hallucination versetzt ein krankhafter Erregungsprocess in den Erinnerungszellen die Empfindungszellen in Erregung und erzeugt so die Hallucination; erleichtert wird in vielen Fällen diese centrifugale Erregung der Empfindungszellen, wenn diese sich schon so wie so durch centripetale Reize (entoptische, entotische) in einem gewissen Erregungszustand befinden.

g. Diagnose der Hallucinationen. Der gewöhnlichste Anlass für den Arzt, bei einem Kranken eine Hallucination anzunehmen, ist der, dass der Kranke über eine Sinnesempfindung, für welche aller Wahrscheinlichkeit nach jeder äussere Reiz gefehlt hat, berichtet. Diese Annahme bedarf jedoch stets einer genauen Prüfung. Es kann nämlich fälschlich eine Hallucination angenommen werden in Folge der nachstehenden Verwechslungen:

1. mit wirklichen Empfindungen: das Schimpfwort, welches der Kranke gehört zu haben angiebt, der Schlag, den er gefühlt zu haben angiebt, ist wirklich gefallen;

2. mit Träumen: der Kranke verwechselt ab und zu die Erlebnisse des Schlafes mit denen des Wachens;

3. mit Illusionen: es ist thatsächlich gesprochen worden, ein R war vorhanden, aber der Kranke hat die Worte anders gehört, als sie gesprochen wurden, er hat das E transformirt;

4. mit sog. wahnhaften Auslegungen: der Kranke hat ein thatsächlich vorhandenes R richtig d. h. ohne Transformation empfunden, aber an diese normale Empfindung ganz falsche Vorstellungen geknüpft.*)

Ueber die Natur dieser verschiedenen Verwechslungen giebt z. B. folgender Fall Auskunft. Eine Kranke berichtet dem Arzt, sie habe in der letzten Nacht ihre Kinder schreien hören. Auf diese Aeusserung

*) Eine 5. seltenere Verwechslung, nämlich mit den sog. Erinnerungstäuschungen, wird weiter unten bei den Störungen des Denkens Erwähnung finden. In gerichtlichen Fällen kommt weiterhin ab und zu auch die Simulation von Hallucinationen in Frage. Auch kommt endlich gelegentlich in Betracht, dass gewisse Kranke Hallucinationen simuliren, um sich interessant zu machen oder, wie mir eine Kranke sagte, dem Arzt etwas „vorzumachen".

hin sofort eine Hallucination anzunehmen wäre ganz falsch. Vielmehr wird man sich zunächst vergewissern, ob nicht die Kinder der Frau wirklich nebenan geschrieen haben. Wir nehmen an, dass dies auszuschliessen ist. Nun wird man feststellen, ob die Kranke nicht zu der Zeit, wo sie die Stimmen gehört haben will, vielleicht geschlafen hat und dem Arzt als Empfindung im Wachen berichtet, was sie thatsächlich geträumt hat. Ist auch dies auszuschliessen, so wird man feststellen müssen, ob zu der fraglichen Zeit nicht vielleicht irgend ein anderer Lärm (ein R) war, den die Kranke in entstellter Weise als Geschrei ihrer Kinder empfunden hat (= Illusion). Endlich ist zugleich die Möglichkeit zu berücksichtigen, dass sogar wirklich Kindergeschrei in der Nacht hörbar war, also die Empfindung der Kranken sogar dem äusseren Reiz völlig entsprach, und dass die Kranke das Geschrei nur fälschlich als dasjenige ihrer Kinder, welche thatsächlich abwesend sind, deutete (= wahnhafte Auslegung). Erst wenn man alle diese Möglichkeiten durch Verhör der Angehörigen resp. des Wartepersonals und Befragen der Kranken selbst ausgeschlossen hat, ist man berechtigt, eine Hallucination anzunehmen. Namentlich in dem geräuschvolleren Leben einer Anstalt soll man mit der vorschnellen Annahme von Hallucinationen vorsichtig sein.

Mindestens ebenso gross, wenn nicht grösser ist andererseits die Gefahr, Hallucinationen zu übersehen. In dieser Hinsicht kommt speciell in Betracht, dass viele hallucinirende Geisteskranke dissimuliren d. h. in dem Bewusstsein, dass die Hallucinationen krankhaft sind oder — öfter — in dem Bewusstsein, dass die Hallucinationen für krankhaft gehalten werden könnten, in Abrede stellen zu hallnciniren. In solchen Fällen ist der Arzt auf Schlüsse aus dem Gesichtsausdruck und den Handlungen der Kranken angewiesen (s. o.). Dieselben Schwierigkeiten liegen vor bei Kranken, welche so verwirrt sind, dass sie über ihre inneren Vorgänge keine klare Auskunft geben können. Bei dissimulationsverdächtigen Kranken ist es oft auch zweckmässig, die Kranken zu Niederschriften aufzufordern und bei Mitkranken über etwaige Aeusserungen sich zu erkundigen. Dem Papier und anderen Kranken vertrauen Dissimulirende ihre Hallucinationen oft lieber an als dem Arzt und dem Wärter.

h. Das Vorkommen der Hallucinationen. Bei dem Geistesgesunden, d. h. ohne irgendwelche andere psychopathische Symptome kommen Hallucinationen sehr selten vor. Meist ist die Hallucination die Theilerscheinung einer Psychose und auch in den seltenen Fällen, wo anderweitige psychische Krankheitserscheinungen fehlen, ist sie stets als krankhaft anzusehen. In den Beispielen, welche man für das Vorkommen von Hallucinationen bei grossen Männern der Geschichte an-

führt, handelt es sich zumeist um Illusionen. Zieht man alle derartige Fälle als nicht hierher gehörig ab, so bleibt nur ein Fall übrig, in welchem Hallucinationen mitunter als einziges Krankheitssymptom auftreten: es ist dies das Auftreten von Hallucinationen bei psychopathisch-belasteten, aber selbst sonst nicht psychopathischen Individuen nach schweren körperlichen oder geistigen Ueberanstrengungen sowie bei heftigen Affecten. Namentlich im Kindesalter kann man ab und zu unter solchen Umständen unzweifelhafte Hallucinationen ohne jede andere Krankheitserscheinung beobachten.

Besonders sind auch die sog. hypnagogischen Hallucinationen zu erwähnen, welche bei geschlossenen Augen auch bei dem Gesunden ziemlich häufig — namentlich vor dem Einschlafen — auftreten. Meist handelt es sich um verschwommene farblose Gesichter, seltener um ganze Figuren und Landschaften. Bei der Entstehung derselben ist unzweifelhaft das sog. Eigenlicht der Retina betheiligt.

Unendlich viel häufiger treten die Hallucinationen zusammen mit andern psychopathischen Erscheinungen auf und zwar sind es ganz bestimmte ätiologische Momente, welche besonders häufig neben anderen psychopathischen Symptomen Hallucinationen zeitigen. Am wichtigsten sind unter diesen:

1. Die Intoxicationen und zwar namentlich, aber nicht ausschliesslich die acuten Intoxicationen. So ist es bekannt, dass Opium, Belladonna, Datura, Hyoscyamus, Haschisch und ihre Alcaloide besonders häufig Hallucinationen erzeugen, speciell bei psychopathisch veranlagten Individuen. Regelmässig findet man in diesen Fällen auch Störungen der Ideenassociation. Der Alcohol führt namentlich bei chronischem Missbrauch zu Hallucinationen und zwar bald zu vereinzelten (sensuum fallacia ebriosa) nach einem besonders starken Alcoholexcess, bald zu gehäuften und länger anhaltenden bei plötzlicher Entziehung des gewohnten Alcoholquantums. Unter den Metallgiften ist es namentlich das Blei, welches bei chronischem Missbrauch öfter Hallucinationen hervorruft.

2. Fieberzustände. Auch bei diesen kommt psychopathische Veranlagung meist als prädisponirendes Moment hinzu. In vielen Fällen scheint der die Hallucinationen (die sog. Fieberdelirien) erzeugende Factor weniger die Temperatursteigerung selbst als die infectiöse Vergiftung zu sein. Wenigstens sind diese Fieberdelirien bei den fieberhaften Infectionskrankheiten weitaus am häufigsten.

3. Ernährungsstörungen, wie sie nach schwerem Blutverlust (z. B. bei Entbindungen), bei Inanition etc. auftreten. Soche kachektischen Hallucinationen beobachtet man namentlich auch nach fieberhaften Erkrankungen als Folgenerscheinung der von längerem Fieber hervorgerufenen Ernährungsstörung (Empyem, Tuberkulose u. a. m.).

4. Calorische Schädlichkeiten.

5. Einige Neurosen, so Hysterie, Chorea und namentlich Epilepsie. Bei letzterer findet man Hallucinationen häufig auch als Aurasymptom, d. h. dem Krampfanfall geht eine Hallucination unmittelbar voraus. Die epileptischen Hallucinationen sind meist durch schreckhaften oder religiösen Inhalt und durch grosse Lebhaftigkeit (bunte Gestalten, laute Stimmen) ausgezeichnet. Treten bei Epileptischen oder Hysterischen die Hallucinationen während längerer Zeit auf, so beobachtet man oft, dass die aufeinander folgenden Hallucinationen nach Art eines Traumes ein zusammenhängendes hallucinatorisches Erlebniss darstellen; man spricht in solchem Fall von hallucinatorischen Dämmerzuständen.

Sieht man von diesen ätiologischen Momenten ab und geht man nur von dem psychopathischen klinischen Bild der Psychose aus, so ergiebt sich, dass manche Psychosen Hallucinationen zu ihren Hauptsymptomen zählen, so namentlich die sog. hallucinatorische Form der Paranoia, während andere Psychosen, wie Manie und Melancholie, mehr ausnahmsweise Hallucinationen zeigen. Endlich giebt es Psychosen wie die Dementia paralytica und Dementia senilis, die sehr häufig Hallucinationen zeigen, ohne dass man doch dieselben als charakteristisches Symptom der Psychose bezeichnen könnte. — Acute und chronische Psychosen zeigen Hallucinationen ganz gleichmässig, nur pflegen im Allgemeinen Visionen bei acuten Psychosen häufiger zu sein, als bei chronischen Psychosen.

3. Illusionen.

Bei der Illusion*) ist der oben gegebenen Definition entsprechend stets ein äusserer Reiz R vorhanden. Das Krankhafte besteht darin, dass die Empfindung E diesem äusseren Reiz nur theilweise entspricht. E ist transformirt oder wie man auch sagen kann, der Kranke hallucinirt etwas in die normale Empfindung hinein. So sieht der Kranke z. B. ein Portrait, welches wirklich vorhanden ist, dabei sieht er aber, wie das Bild ihm die Zunge herausstreckt, oder ein anderer Kranker hört aus dem Knarren der Räder eines thatsächlich vorüberfahrenden Wagens Schimpfworte heraus. Die pathologische Transformation der Empfindung, das Hineinhalluciniren oder Hinzuhalluciniren, liegt in beiden Fällen auf der Hand.

Die Gesichtsillusionen zeigen bald eine Transformation der Form bald der Farbe. Nicht selten sind auch Form- und Farbenempfindung verändert. Mitunter erscheinen dem Kranken nur solche Gegenstände verändert, deren undeutliche Umrisse eine illusionäre Transformation

*) Weil das Wort „Illusion" noch eine populäre Nebenbedeutung hat, hat Kahlbaum für die Illusion im psychiatrischen Sinne das Wort Pareidolie vorgeschlagen.

begünstigen. Daher die Häufigkeit von Illusionen im Halbdunkel oder im Schein eines flackernden, bewegliche Schatten werfenden Lichtes. Auch die thatsächliche Aehnlichkeit eines wirklichen Gegenstandes mit einem früher gesehenen kann dazu führen, dass ersterer in der Empfindung des Kranken so transformirt wird, dass aus der Aehnlichkeit eine Gleichheit wird. In anderen Fällen erscheinen den Kranken alle Gegenstände trotz schärfster Umrisse und ganz unabhängig von zufälligen Aehnlichkeiten verändert. Besonders häufig sehen die Kranken die Gesichter der Personen ihrer Umgebung in andere verwandelt oder entstellt (höhnische Grimassen, Leichenblässe etc.). Diese Illusionen sind zuweilen sehr hartnäckig, zuweilen wechseln sie fortwährend. In schweren Fällen ist das ganze Gesichtsfeld illusionär entstellt. Allenthalben sind die Umrisse der wirklichen Gegenstände zu allerhand Figuren verzerrt. Dabei ist oft eine scharfe Grenze zwischen illusionärer Transformation und hallucinatorischer Zuthat nicht zu ziehen.

Eine besondere Gattung der Gesichtsillusionen ist dadurch ausgezeichnet, dass die Objecte im Raum dem Patienten sämtlich oder theilweise erheblich vergrössert oder verkleinert erscheinen. Namentlich bei Epileptikern beobachtet man öfter solche Gesichtsillusionen. Dabei ist jedoch in Betracht zu ziehen, dass das Verzerrtsehen, Grössersehen und Kleinersehen, wenn es sich auf a l l e Objecte des Gesichtsfeldes bezieht, sehr häufig auch auf ophthalmologischen Erkrankungen beruht. So wissen wir, dass Verzerrtsehen bei Astigmatismus und Netzhauterkrankungen vorkommt (Metamorphopsie), dass Grössersehen (Makropsie) zu den Symptomen des Accommodationskrampfes,*) Kleinersehen (Mikropsie) zu denjenigen der Accommodationsparese gehört. Nur wenn solche Ursachen auszuschliessen sind, darf man eine Illusion im eigentlichen Sinne annehmen. Ueber das Zustandekommen der illusionären Makropsie und Mikropsie wissen wir noch wenig. Es ist wahrscheinlich, dass bei denselben pathologisch-gefälschte Associationen der Empfindung mit Bewegungsvorstellungen eine Rolle spielen und die Entstellung der Empfindung bedingen. In seltenen Fällen kommt es auch vor, dass die Gesichtsillusion in e i n e r bestimmten Verfärbung des Gesichtsfeldes besteht. Hierher gehört das Gelbsehen im Santoninrausch. Da dies jedoch eine Folgeerscheinung der durch die Intoxication hervorgerufenen Violettblindheit ist, so wird man besser nicht von einer Illusion im engeren Sinne reden. Auch die sog. Erythropsie (Rothsehen) ist selten eine Illusion im engeren Sinn. Meist beruht dieselbe auf einer Ermüdung der Retina für die kurzwelligen Strahlen der violetten Seite des Spectrums (so z. B. die Erythropsie nach Staaroperationen).

*) Bei Epileptikern ist solches nicht selten.

Die *Gehörsillusionen* bestehen meist darin, dass aus irgendwelchen unarticulirten Geräuschen Worte oder auch Melodien herausgehört werden. Sehr oft glauben die Kranken ihren eigenen Namen zu verstehen, noch öfter Schimpfworte, seltener Schmeichelreden. Ungemein häufig werden auch statt wirklich gesprochener Worte andere mehr oder weniger ähnliche gehört. Diese letzteren Gehörsillusionen gehen fliessend in das sog. Missverstehen über. Mitunter erscheint den Kranken auch nur die Klangfarbe der von ihrer Umgebung gesprochenen Worte verändert; sie gelangen dann leicht zu der Vorstellung, ihre Umgebung spreche aus irgendwelchen Gründen mit verstellter Stimme.

Die *Geruchs- und Geschmacksillusionen* sind in überwiegender Zahl unangenehmen Inhalts. In einem gewissen Stadium der Santoninvergiftung kann auch der Gesunde eine sehr klare Geschmacksillusion beobachten; bringt man nämlich etwas destillirtes Wasser auf die Zunge, so verwandelt sich der fade Geschmack desselben in einen intensiv bitteren. Dem Geisteskranken schmecken die Speisen nach Blut, Bratenduft verwandelt sich in Uringeruch etc.

Die *Berührungsillusionen* spielen bei Geisteskranken wahrscheinlich eine viel grössere Rolle als die Berührungshallucinationen, ihre Feststellung begegnet jedoch oft grossen Schwierigkeiten, welche später erörtert werden sollen. Ein sehr reines Beispiel einer Berührungsillusion bot z. B. eine Kranke, welche bei dem Druck einer auf ihr liegenden Bettdecke (und *nur* dann) alle Empfindungen einer stattgehabenden Cohabitation hatte. Auch der sandige, erdige „Geschmack“, über welchen viele Kranke bei dem Essen klagen, ist viel häufiger eine Berührungsillusion als eine Geschmacksillusion.

Den Berührungsillusionen stehen die *illusionären Organempfindungen* sehr nahe. Schwache Reize, welche bei dem Gesunden Empfindungen überhaupt nicht auslösen oder nur ganz unbestimmte Empfindungen des Druckes etc. hervorrufen, werden zu complicirten Empfindungen ausgestaltet resp. transformirt. Statt einfacher Darmbewegungen empfinden z. B. weibliche Kranke mit der grössten Deutlichkeit Kindsbewegungen und glauben auf Grund dieser Illusion gravid zu sein. Hierher gehören auch die eigenartigen Illusionen, vermöge deren der ganze Körper oder einzelne Theile resp. Organe desselben als vergrössert oder verkleinert empfunden werden. Namentlich bei epileptischem Irresein sowie bei Dementia paralytica beobachtet man derartige Vergrösserungs- und Verkleinerungsempfindungen. Dieselben sind wahrscheinlich ähnlich zu erklären wie die oben erwähnten analogen Gesichtsillusionen.

Bewegungsillusionen, d. h. illusionär gefälschte Bewegungsempfindungen sind selten. Dieselben bestehen darin, dass die Kranken

Bewegungen, welche sie selbst ausführen, anders empfinden, als sie thatsächlich von statten gehen.

Entstehnngsbedingnngen der Illusionen. Auch die Illusionen stehen bald in Beziehung zu den augenblicklichen Vorstellungen des Kranken, bald nicht, oder, mit anderen Worten: die Illusion vollzieht sich bald im Sinne actueller bald im Sinne latenter Vorstellungen. Man kann danach anch die Illusionen in vermittelte und unvermittelte eintheilen. Der Kranke, welcher plötzlich, während seine Gedanken mit ganz anderen Dingen beschäftigt sind, die Falten seines Betttuchs sich zu einem Marmorkopf gestalten sieht, hat eine „unvermittelte Illnsion". Die Kranke, welche, von Verfolgungswahn beherrscht, bei dem Vorübergehen an einer Menschengruppe denkt, jetzt werde ihr Böses nachgeredet, und nun aus dem Geflüster Schimpfworte heraushört, hat eine „vermittelte Illusion". Im Ganzen sind die vermittelten Illusionen häufiger als die unvermittelten.

Die Theorie der Illusionen deckt sich mit derjenigen der Hallncinationen. Auch hei den Illusionen handelt es sich um eine pathologische rückwirkende Beeinflussung der Empfindungszellen durch die Vorstellungszellen. Der Unterschied gegenüber der Hallucination hesteht nur darin, dass bei der Illusion stets in den Empfindungszellen eine durch einen änsseren Reiz entstandene normale Erregung vorliegt, welche erst durch den Einfluss der pathologisch wirksamen Vorstellungszellen eine Transformation erfährt.

Die Diagnose der Illusionen ist oft sehr schwierig, namentlich die Unterscheidung von den Hallucinationen einerseits und von den ohen erwähnten wahnhaften Auslegungen andrerseits ist oft kaum durchführbar. Was erstere Unterscheidung anbelangt, so kommt offenbar alles darauf an, ob ein R vorhanden ist oder nicht. Nun wurde schon oben erwähnt, dass für viele Hallncinationen R nicht völlig fehlt, vielmehr ein R im peripheren Sinnesapparat oder im Verlauf der Sinnesnervenhahn doch existirt. Aber anch abgesehen hiervon hegegnet die Feststellung, oh ein änsserer Reiz vorhanden gewesen, oft grossen Schwierigkeiten. Schon auf dem Gebiet des Gesichts und Gehörs ist nachträglich mitunter nicht zu entscheiden, oh nicht ein leichter Schatten oder ein leises Geräusch der Sinnestäuschung zu Grunde gelegen und somit eine Illusion vorgelegen hat. Ganz unmöglich ist dies hei vielen Geschmacks- und Berührungstäuschungen. Der Znngenhelag, welcher hei acnten Psychosen so ungemein häufig vorkommt, ist gewiss in vielen Fällen von Geschmackstäuschungen als der auslösende „äussere Reiz" zu hetrachten. Ein leichter Luftzug genügt zuweilen, eine Berührungstäuschung (z. B. die Illusion eines Schlages) hervorzurufen. Die Gefahr, den illnsionären Charakter in solchen Fällen zu übersehen, liegt sehr nahe. Dasselbe gilt anch von den Organempfindungen. Hier ist

kaum je mit Sicherheit auszuschliessen, dass ein „äusserer Reiz“ *) die Nervenendigungen als bez. Körperorgans getroffen hat.

Ebenso schwer resp. unmöglich ist in vielen Fällen die Unterscheidung zwischen Illusion und wahnhafter Auslegung, also die Feststellung, ob eine Transformation der Empfindung oder eine unrichtige Auffassung einer normalen Empfindung stattgehabt hat. Namentlich auf dem Gebiet der Geschmacks-, Geruchs- und Berührungsempfindungen **) macht sich diese Unsicherheit geltend. Wenn z. B. eine Kranke angiebt, dem thatsächlich rauchenden Ofen entsteige ein Geruch nach gebratenem Menschenfleisch, so ist schwer zu entscheiden, oh der ranchige Geruch des Ofens sich für die Kranke wirklich in den Geruch gebratenen Fleisches verwandelt hat und mithin eine Illusion vorliegt, oder ob die Kranke den ranchigen Geruch so empfindet, wie er thatsächlich ist und nur jene krankhafte Vorstellnng daran knüpft, ob also eine illusionäre Auslegung vorliegt. Sehr häufig trifft jedenfalls eine leichte illusionäre Transformation der Empfindung mit einer wahnhaften Auslegung oder Urtheilstäuschnng zusammen. So ist schon in dem eben gegebenen Beispiel — auch wenn die Auffassung des ranchigen Geruches als Bratengeruches auf Transformation der Empfindung beruht — die Deutung, es rieche nach gebratenem Menschenfleisch, jedenfalls lediglich Zuthat des krankhaften Vorstellungslebens. Dasselbe gilt z. B. von der häufigen Aeusserung geisteskranker Personen, die Speisen schmeckten nach Gift. Oh dabei auch eine Transformation der Empfindung, also eine echte Illusion mit im Spiele ist, ist oft garnicht zu entscheiden; dass eine Urtheilstäuschung jedenfalls vorliegt, geht aus der Deutung der Speise als Gift unzweifelhaft hervor. Illusion und wahnhafte Auslegung treffen zusammen z. B. anch in den Fällen, wo die Kranken ein eng anschliessendes Halstuch oder eine Hand, die sie erdrosseln will, empfinden. Besonders Nachts sind derartige Berührungsillusionen in unmittelbarer Verknüpfung mit wahnhafter Auslegung sehr häufig. Meist lässt sich hier sogar nachweisen, dass die Transformation der Empfindung unter dem Einfluss der wahnhaften Auslegung stattfindet. Man bezeichnet diese Fälle vermittelter Illusionen mit gleichzeitiger wahnhafter Auslegung anch ganz allgemein als „illusionäre Auslegungen“. Dieselben stellen also combinirte Empfindungs- und Vorstellungstäuschungen dar.

Eine specielle Bedeutung und Häufigkeit haben solche illusionäre Auslegungen auf dem Gebiete der Organempfindungen. Hier ist der

*) Aeusserer Reiz ist hier jeder Reiz, der ausserhalb der Sinnesnervenbahn und etwaiger specieller Sinneswerkzeuge liegt.

**) Es beruht dies offenbar auf unserer unvollkommenen sprachlichen Unterscheidung der Qualitäten auf diesen Sinnesgebieten.

thatsächliche Reiz zunächst meist sehr unbestimmt und gering, die Transformation der Empfindung gestaltet sich schon bestimmter, endlich die wahnhafte Auslegung überrascht durch ihre minutiöse Detailmalerei. So ist die Kranke Esquirols, des berühmten französischen Psychiaters zu Anfang dieses Jahrhunderts, bekannt, welche in ihrem Leibe die Abhaltung ganzer Concilien spürte: die Section ergab ein Carcinom. Andere Kranke beschreiben ausführlich, wie kleine Feinde in ihrem Magen ein Pumpwerk eingerichtet haben oder complicirte Zapfvorrichtungen ihr Herzblut aussaugen oder unsichtbare Feinde „in ihrem Gehirn viviseciren“ oder vermeintliche „Zwillinge allerhand Trapezübungen an der Nabelschnur innerhalb der Gebärmutter machen“.

Auf dem Gebiet des Gesichts- und Gehörssinnes ist die Unterscheidung zwischen Illusion und wahnhafter Auslegung meist leichter. Wenn ein schwachsinniger Kranker glitzernde Kiesel für Diamanten erklärt, so ist dies unzweifelhaft meist eine durch den Schwachsinn bedingte wahnhafte Auslegung und keine Illusion. Desgleichen handelt es sich nur um wahnhafte Auslegung, wenn ein Kranker den Donner eines Gewitters als Salutschüsse, welche Kanonen zu seinen Ehren abgehen, auffasst. Es lässt sich hier durch Befragen leicht feststellen, dass eine Transformation der Empfindung selbst völlig fehlt. Hält man z. B. dem letztaufgeführten Kranken entgegen, der Schall klinge doch ganz wie der Donner eines Gewitters, so giebt der Kranke dies ohne weiteres zu und liefert damit also den Beweis für die Unversehrtheit seiner Empfindung; meist fügt er direct hinzu: trotzdem „w i s s e“ er, dass es Salutschüsse seien. Wer eine echte Illusion hat, beruft sich nicht auf sein „Wissen“, sondern auf sein gefälschtes E m p f i n d e n selbst.

Das V o r k o m m e n von Illusionen ist erheblich ausgebreiteter als dasjenige der Hallucinationen. Zunächst sind Illusionen auch bei dem Geistesgesunden, d. h. ohne anderweitige psychopathische Symptome nicht selten. So hören manche Gesunde aus dem Rasseln der Eisenbahnräder Melodien heraus und sehen in den Wolken oder Schatten oder im Nebel Gestalten. Zwei Momente sind es, welche das Auftreten solcher physiologischen Illusionen begünstigen: Die Unbestimmtheit des wirklichen Sinnesreizes und das Vorhandensein lebhafter Affekte. Unter den letzteren ist der Affekt der Erwartung, der hoffenden wie der fürchtenden, am fruchtbarsten in der Erzeugung von Illusionen. Darauf beziehen sich auch die Schiller'schen Verse:

> Hör' ich das Pförtchen nicht gehen?
> Hat nicht der Riegel geklirrt?
> Nein, es war des Windes Wehen,
> Der durch diese Pappeln schwirrt.

Offenbar ist es hier das übermächtige Dominiren einer Vorstellung (z. B. in dem angeführten Gedicht die Vorstellung der Geliebten), welches die Transformation der Empfindung begünstigt. Daher sind auch die meisten physiologischen Illusionen vermittelte. Unvermittelte Illusionen kommen bei dem Gesunden fast ausschliesslich nur dann vor, wenn der äussere Reiz sehr ausgesprochene Aehnlichkeit mit einem latenten Erinnerungsbild hat, die Illusion also insofern sehr nahe liegt. Auch ist es in diesen Fällen sehr oft fraglich, ob selbst diese geringe Transformation der Empfindung wirklich stattgefunden hat oder nicht vielmehr eine Urtheilstäuschung vor sich gegangen ist. So kann der Stumpf eines Baumes uns gelegentlich als Menschengestalt erscheinen, auch wenn unsere Gedanken mit völlig anderen Dingen beschäftigt sind, wofern die Aehnlichkeit — z. B. in der Dämmerung — in der That sehr gross ist. Dabei ist es aber garnicht sicher, dass unsere Empfindung wirklich eine Transformation erfahren hat: meist ist in diesen Fällen vielmehr der Reiz so unbestimmt und die Aehnlichkeit mit einem Menschen so gross, dass wir das Hirnrindenbild des Baumstumpfes trotz seiner völligen Uebereinstimmung mit dem Reiz fälschlich als Mensch deuten.

Diese physiologischen Illusionen ändern meist an der Farbe der Gesichtsreize nichts, auf dem Gebiet des Gehörssinns kommt es selten zur illusionären Transformation in Worte. Bei psychopathisch belasteten Individuen kommen jedoch auch solche weitergehende Illusionen mitunter ohne anderweitige manifeste psychopathische Symptome vor. Speciell begünstigen weiterhin körperliche und geistige Uebermüdung sowie längeres Hungern das Auftreten isolirter Illusionen. Auch unmittelbar vor dem Einschlafen und unmittelbar nach dem Erwachen kommen bei Geistesgesunden gelegentlich Illusionen vor. Individuelle Verschiedenheiten kommen sehr in Betracht, speciell die Verschiedenheiten in der Entwicklung der sog. Phantasie; Individuen mit sehr lebhaften Erinnerungsbildern werden ceteris paribus ihre Empfindungen leichter im Sinne ihrer Erinnerungsbilder transformiren. So erklärt es sich, dass von Künstlern und Dichtern so zahlreiche Illusionen berichtet werden.

Unter den Psychosen selbst neigen einige ganz besonders zu Illusionen, so namentlich wiederum die sog. hallucinatorische Form der Paranoia. Von keiner Psychose sind sie ganz ausgeschlossen. Im Allgemeinen sind sie bei den acuten Psychosen häufiger als bei den chronischen. Auch als Aurasymptom epileptischer Krampfanfälle beobachtet man zuweilen eine oder mehrere Illusionen: der Kranke sieht z. B. unmittelbar vor dem Anfall alle Gesichter seiner Umgebung verzerrt oder blutroth etc. Auch vor, nach und im Verlauf hysterischer Anfälle kommen neben Hallucinationen nicht selten Illusionen vor.

b. Die Störungen der Vorstellungen oder Erinnerungsbilder.

Vorbemerknngen.

Der materielle Erregungsprocess R_c in der Hirnrinde, welcher durch den Reiz R hervorgerufen war nnd dem auf psychischem Gebiet die Empfindung E entsprach, verschwindet, sobald R verschwindet, nicht vollständig, sondern in den Elementen der Hirnrinde bleibt eine materielle Veränderung zurück, eine Spur der stattgehabten Erregung, welche wir als R_l bezeichnen. Jede Empfindnng oder richtiger jedes R_c hinterlässt ein solches R_l. Nur dadurch wird es nns möglich, einen Gegenstand, den wir einmal gesehen haben, bei einem zweiten Sehen wiederzuerkennen, oder, wenn wir ihn nicht wiedersehen, ihn uns vorzustellen. Man bezeichnet das R_l, welches nach jeder Empfindung zurückbleibt, anch als latentes Erinnerungsbild oder als latente Vorstellnng. Es entspricht nämlich der bleibenden materiellen Veränderung R_l zunächst keinerlei psychischer Parallelvorgang. Die zahllosen R_l's, welche unsere zahllosen Empfindungen hinterlassen, sind lediglich als materielle Dispositionen in der Hirnrinde vorhanden. Diese R_l's machen es mir nur möglich, gegebenen Falles diese oder jene Vorstellnng zu reprodnciren, oder, mit anderen Worten, mich dieser oder jener Empfindnng zu erinnern, aber den R_l's selbst entsprechen diese Vorstellnngen noch nicht. Vielmehr werden diese lediglich materiellen, latenten Erinnerungsbilder nur dann psychisch lebendig oder, anders ausgedrückt, die bez. schlummernden Vorstellungen tanchen nur dann wirklich in uns auf, wenn entweder ein gleiches oder ähnliches Reizobject wieder eine gleiche oder ähnliche Empfindung auslöst oder unsere Ideenassociation die erforderliche Anregung liefert. Habe ich z. B. einen bestimmten Menschen auf dem Markt gesehen, so entspricht dieser Gesichtsempfindung der materielle Rindenprocess R_c nnd von diesem Process bleibt eine Veränderung R_l zurück. Diesem R_l entspricht psychisch nichts: mehrere Tage denke ich an den Betreffenden nicht mehr. Davon, dass mittlerweile eine Spur meines Gesichtseindruckes, ein R_l, in mir zurückgeblieben ist, merke ich gar nichts. Dies vollzieht sich ganz nnbewusst oder, wie wir sagen, latent. Erst wenn ich ihn wiedersehe, oder wenn meine Ideenassociation mich an den Gang über den Markt denken lässt, taucht das Erinnerungsbild jenes Menschen wieder in mir auf. Damit also zu R_l ein psychischer Parallelprocess hinzutritt, ist es nothwendig, dass entweder durch eine Wiederholnng des Reizes oder durch einen Anstoss der Ideenassociation R_l noch in bestimmter Weise modificirt wird. R_l muss, sagen wir, in R_v verwandelt werden, damit ans der latenten, nur potentia vorhandenen Vorstellung

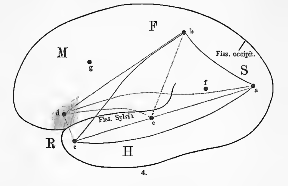
eine actu vorhandene wird. Von unsern zahllosen latenten Erinnerungsbildern sind in jedem Angenblick nur einige wenige actuell lebendig, nämlich diejenigen, deren R_l durch äussere Reize oder durch den Gang unsrer Ideenassociation gerade in R_v verwandelt worden ist.

Ueber die nähere Beschaffenheit des R_l wissen wir noch garnichts. Am einfachsten stellt man sich das R_l als eine bestimmte Verlagerung in bestimmter Weise zusammengesetzter Moleküle in den Ganglienzellen der Hirnrinde vor und zwar ist es wahrscheinlich, dass die Veränderung R_l nicht in denselben Zellen zurückbleibt, in welchen der ursprüngliche Erregungsprocess R_e stattgefunden hatte. Ausgehend von dieser Hypothese bezeichnet man die Zellen, in welchen R_e stattfindet, als Empfindungszellen, und die Zellen, in welchen R_l zurückbleibt und unter den angegebenen Umständen zu R_v wird, als Erinnerungs- oder Vorstellungszellen. Den folgenden Erörterungen soll der Anschaulichkeit und Kürze wegen stets diese Hypothese zu Grunde gelegt werden. Es ist aber im Auge zu behalten, dass alle folgenden Erörterungen von dieser Hypothese unabhängig sind und ohne Schwierigkeiten einer anderen Hypothese, also z. B. etwa derjenigen, dass Empfindung und Erinnerung an ebendieselben Rindenelemente gebunden seien, angepasst werden könnten.

Wir haben soeben eine ganz einfache Empfindung und das zugehörige Erinnerungsbild betrachtet. Die meisten sinnlich wahrnehmbaren Gegenstände rufen nicht eine einfache Empfindung, sondern einen Complex von Empfindungen auf den *verschiedensten* Sinnesgebieten hervor. So löst die Rose nicht allein eine Gesichtsempfindung und ein Erinnerungsbild derselben, die Gesichtsvorstellung, aus, sondern der Duft löst auch eine Geruchsempfindung und die weichen Blätter eine Berührungsempfindung aus, und auch von diesen Empfindungen bleiben Erinnerungsbilder, also eine Geruchs*vorstellung* und eine Berührungs*vorstellung* zurück. Es werden also von der Rose mindestens drei Erinnerungsbilder niedergelegt, ebenso viele Erinnerungsbilder, als dieselbe Sinnesorgane erregt. Nun liegt die Riechsphäre weit ab von der Sehsphäre, und ebenso die Fühlsphäre. Also werden in drei weit auseinandergelegenen Ganglienzellen an ganz verschiedenen Hirnrindenstellen latente Vorstellungen niedergelegt. Die folgende Skizze stellt eine Grosshirnhemisphäre in groben Umrissen dar. Bei S liege die Sehsphäre, bei F die Fühlsphäre,*) bei H die Hörsphäre, bei R die Riechsphäre. Von der Rose sind drei Partialvorstellungen zurückgeblieben in a, b und c. Die Ganglienzelle a steht durch Associationsfasern sowohl mit b wie mit c in Verbindung und ebenso auch b und c unter sich. Nun sind a, b und c oft gleichzeitig erregt worden, d. h. sehr oft sahen, fühlten und

*) Die genauere Lage der Fühlsphäre ist bekanntlich noch nicht sicher festgestellt.

rochen wir ein und dieselbe Rose und legten also gleichzeitig in den Zellen a, b und c die entsprechenden Erinnerungsbilder nieder; die Folge dieser häufigen gleichzeitigen Erregung ist, dass, wenn eines der drei Erinnerungsbilder, z. B. a, erregt wird, stets auch b und c miterregt werden. Wenn ich an Gestalt und Farbe der Rose denke (a), so fällt mir auch ihr Duft und die Weichheit ihrer Blätter ein (c und b). Es werden also von einem sinnlichen Gegenstand Partialvorstellungen in verschiedenen Hirntheilen niedergelegt; diese Partialvorstellungen stehen in associativer Verbindung; daher werden beim Auftauchen der einen Partialvorstellung durch Association die anderen wachgerufen. Die Gesammtheit der associativ verknüpften Partialvorstellungen bildet die Vorstellung des



4.

Gegenstandes. Die Vorstellung Rose ist also nichts Einfaches, sondern etwas Zusammengesetztes, dessen Einheit lediglich auf der gegenseitigen associativen Verknüpfung der Theile beruht. Aber eine weitere Einheit für diese zusammengesetzten Sinnesvorstellungen ist uns in der Sprache gegeben. Die Vorstellungen, wie wir sie bis jetzt kennen lernten, sind von der Sprache ganz unabhängig, sie kommen wahrscheinlich auch den Thieren zu. Nun benennt der Mensch auch seine Vorstellungen: ich begleite die oben beschriebene zusammengesetzte Vorstellung mit dem Aussprechen des Wortes „Rose", d. h. mit einer eigenthümlichen Combination von Kehlkopf-, Lippen-, Zungen- und Gaumenbewegungen, deren Resultat für einen Dritten ist, dass er mich das Wort „Rose" aussprechen hört. Die Hirnpathologie lehrt, dass die Zerstörung des

Fusses, d. h. des hintersten Drittels der linken untersten Stirnwindung (bei d) einen dauernden Ausfall dieser Sprechbewegungen, die sogen. motorische Aphasie zur Folge hat. Wir müssen daher annehmen, dass an dieser Stelle diejenigen Ganglienzellen gelegen sind, aus welchen die beim Sprechen innervirten motorischen Fasern für die Kehlkopf-, Lippen-, Gaumen- und Zungenmuskeln entspringen. Man kann daher den Fuss der linken untersten Stirnwindung direct als motorisches Sprachcentrum bezeichnen. Dies Sprachcentrum steht nun durch Associationsbahnen in associativer Verknüpfung mit denjenigen Rindengebieten, in welche die Partialvorstellungen der sinnlichen Gegenstände niedergelegt sind. Also sind, wie auch die beistehende Zeichnung angiebt, die Ganglienzellen a, b, c, in welchen die Erinnerungsbilder des Duftes, der Farbe und Form der Rose*) niedergelegt sind, nicht nur untereinander durch Bahnen verknüpft, sondern im Stirnhirn liegt auch eine Ganglienzelle resp. ein Ganglienzellencomplex d, in welchem die complicirte motorische Innervation für das Aussprechen des Wortes „Rose" entsteht. Es gilt nun bezüglich des motorischen Elements d dasselbe, was bezüglich der Partialvorstellungen a, b, c untereinander galt. Sobald a, b oder c auftaucht, fällt uns d, das Wort für das Gesehene, Gerochene oder Gefühlte ein.

Ausser d lehrt uns die Hirnphysiologie noch andere sprachliche Elemente in der Gesamtvorstellung „Rose" kennen. Wir hören das Wort „Rose" unzählige Male aussprechen. Von dieser Gehörsempfindung bleibt ein akustisches Erinnerungsbild, die Sprachhörvorstellung des Wortes „Rose", e zurück. Der Sitz dieser Klangbilder der Sprache ist im hinteren Abschnitt der linken obersten Schläfenwindung gelegen. Wird diese Stelle durch einen Krankheitsheerd zerstört, so besteht das Symptom der sensorischen Aphasie: d. h. der Kranke hört wohl alle zu ihm gesprochenen Worte, seine Gehörsempfindungen sind intact, aber alle zu ihm gesprochenen Worte klingen ihm fremd, er erkennt sie nicht wieder und versteht sie nicht, weil ihm eben die Hörvorstellungen der Sprache verloren gegangen sind. Bei dem gebildeten Menschen kommen weiterhin noch die optischen Sprachvorstellungen, die Erinnerungsbilder der Gesichtsempfindungen der gelesenen Worte, sowie die Schreibbewegungen bei dem Niederschreiben der Worte hinzu. Erstere sind im linken Gyrus angularis bei f niedergelegt, letztere gehen vom Fuss der linken mittleren Stirnwindung (bei g) aus.

Zusammenfassend können wir somit sagen: die Vorstellung Rose besteht aus 3 Partialvorstellungen, welche ebenso vielen qualitativ ver-

*) Bei einem auch auf unser Gehör oder unsern Geschmack wirkenden Gegenstand kämen selbstverständlich noch zwei weitere Partialvorstellungen hinzu.

schiedenen von der Rose ausgelösten Sinnesempfindungen entsprechen; hierzu kommen ausserdem die 2 resp. 4 sprachlichen Componenten (2 motorische, eine akustische und eine optische), welche zur einheitlichen Zusammenfassung der sinnlichen Partialvorstellungen beitragen. Den Gesamtcomplex der sinnlichen Partialvorstellungen einschliesslich der sprachlichen Componenten bezeichnet man auch als den concreten oder sinnlichen Begriff der Rose.

Die ersten einfachsten concreten Begriffe sind die speciellsten. Zunächst wird der concrete Begriff einer ganz bestimmten einzelnen Rose erworben. Später sehe ich immer mehr ähnliche Einzelrosen, und diese Häufigkeit des constanten Zusammentreffens einer bestimmten Farbe, Form etc. auf wechselndem Hintergrund genügt den allgemeinen concreten Begriff der „Rose überhaupt“ in meiner Hirnrinde niederzulegen. Eine viel grössere Induction ist erforderlich, um den weit allgemeineren Begriff der Pflanze in meiner Hirnrinde niederzulegen und mit Sprachvorstellungen zu verbinden. Die meisten dieser allgemeineren concreten Begriffe entstehen in folgender Weise. Die Erfahrung deponirt zahlreiche concrete, aus Partialvorstellungen zusammengesetzte Einzelbegriffe in meiner Hirnrinde, z. B. die der Tulpe, der Rose, des Eichbaumes u. s. f. Bei aller Verschiedenheit werden die Partialvorstellungen dieser Einzelbegriffe gewisse Aehnlichkeiten besitzen und daher auf Grund der Associationsgesetze untereinander in associative Verbindung treten. So haben alle z. B. die grüne Farbe der Blätter gemein. Während also die Partialvorstellungen der Rose untereinander einen sehr eng verbundenen Complex bilden, welchem das Wort „Rose“ associirt ist, bildet die Summe der concreten Begriffe der Rose, der Tulpe und zahlloser anderer Pflanzen einen weiteren, aber auch loseren Complex, welchem sich das Wort Pflanze associirt. Wenn also der Begriff Pflanze in uns auftaucht, so taucht erstens die Wortvorstellung des gesprochenen und gehörten Wortes „Pflanze“ auf, und zweitens gerathen dabei die zahllosen Partialvorstellungen aller einzelnen Pflanzen in leise Miterregung, sie „schwingen mit“, wie man es häufig auch bezeichnet hat. Je allgemeiner also ein concreter Begriff ist, um so complexer ist er, um so mehr lose associativ verknüpfte Einzelvorstellungen schwingen beim Auftauchen desselben mit, und eine scheinbare Einheit wird nur durch die allen diesen Einzelvorstellungen associirte sprachliche Componente gegeben. Daher kommt es, dass, wenn wir „Pflanze“ denken und, vom Worte absehend, den Inhalt des Begriffs schärfer fixiren wollen, uns sofort bestimmte einzelne Pflanzen mehr oder weniger deutlich vor Augen treten. Dies sind eben jene mitschwingenden Einzelvorstellungen, und zwar vor allen diejenigen, welche uns am häufigsten begegnet sind und welche daher am stärksten mitschwingen. Dem Denken eines

allgemeinen sinnlichen Begriffs entspricht also in noch viel höherem Grade als dem Denken eines speciellen sinnlichen Begriffs ein über fast die ganze Grosshirnrinde ausgebreiteter physiologischer Process. Hieraus ergiebt sich auch, dass der sprachlichen Componente, der motorischen und akustischen, gerade für die allgemeineren Begriffe eine höhere Bedentung zukommt als für die speciellen, indem die losen Vorstellungscomplexe der ersteren in der That ohne das gemeinschaftliche Band der Wortvorstellung auseinanderfallen würden. Sehr beweisend für diese Darlegung ist auch die Art und Weise, wie wir allgemeine concrete Begriffe erwerben. Als Kindern wird uns unzählige Male beim Sehen einer Rose, einer Tulpe, einer Eiche das Wort „Pflanze" vorgesprochen, und wir sprechen es nach: so bildet sich eine motorische und akustische Sprachcomponente in Association mit zahlreichen concreten Einzelvorstellungen, die unter sich bei aller Verschiedenheit eine gewisse Aehnlichkeit haben. Das Gesammtsystem dieser Associationen bildet den allgemeinen concreten Begriff Pflanze.

In ganz analoger Weise entstehen auch die **Beziehungsbegriffe**. Betrachten wir z. B. den Begriff der „Aehnlichkeit"! Unzählige Male wird dem Kind bei dem Sehen zweier ähnlicher Gegenstände das Wort „ähnlich" vorgesprochen, sagen wir z. B. zuerst in Bezug auf zwei ähnliche Spielsachen. Das Wort „ähnlich" bedeutet ihm zunächst nur jene „zwei bestimmten ähnlichen Spielsachen". Aber weiterhin wird ihm das Wort „ähnlich" öfter vorgesprochen: auch zwei ähnliche Bäume, zwei ähnliche Häuser werden dem Kind als ähnlich bezeichnet, oder, mit anderen Worten, das Wort „ähnlich" tritt bei dem Kind in associative Verknüpfung mit zahllosen Paaren ähnlicher concreter Erinnerungsbilder. Bei dem Aussprechen oder Hören des Wortes „ähnlich" schwingen immer mehr und immer verschiedenere derartige Paare ähnlicher Erinnerungsbilder mit. Das Endresultat ist, dass die Worterregung, die motorische wie die akustische, ihren besonderen Inhalt (Spielsachen, Bäume u. s. w.) ganz verloren hat und ihre Charakteristik nur daraus empfängt, dass eben alle jene Erinnerungsbilder einander paarweise ähnlich sind. So entsteht der Beziehungsbegriff der Aehnlichkeit.

Je allgemeiner und je abstracter die Begriffe sind, um so complexer sind sie, d. h. um so mehr Partialvorstellungen sind im ganzen Gebiet der Hirnrinde mit der Worterregung verknüpft. Begriffe wie „ich", „Vaterland", „Gott", „Recht", „Unrecht", „Dankbarkeit" sind im höchsten Maasse zusammengesetzt. Das Wort leistet hier etwa dasselbe wie in der Algebra ein Buchstabe, z. B. φ, den wir statt eines sehr complicirten algebraischen Ausdrucks einführen. Das Wort ist nicht der Inhalt, der Inhalt jener Begriffe besteht ausschliesslich in den mitschwingenden zahllosen Partialvorstellungen. Das Wort ist nur eine

beqneme Zusammenfassung und Abkürzung, welche den Gebranch des Begriffes in der Ideenassociation ungemein erleichtert. So kommt es, dass z. B. Aphasische zwar keinen einzigen Begriff wirklich einbüssen, aber doch in der Regel mit ihren Begriffen, wenigstens mit den complicirteren, etwas schwerfälliger hantiren als Gesunde.

An jeder Vorstellung nnterscheiden wir vier Haupteigenschaften, nämlich

1. Den Inhalt oder die Bedentung: so haben z. B. die Vorstellungen „Donner“ und „Pflanze“ einen ganz verschiedenen Inhalt. In diesen Inhalt der Vorstellung geben alle Eigenschaften der zu Grunde liegenden Empfindnngen mit Ausnahme des Gefühlstons ein. So ist der Inhalt der Vorstellnng Donner durch die Klangfarbe (Qualität), den lanten Schall (Intensität) nnd die Daner der einzelnen Empfindungen des Donners bestimmt, die ich früher gehabt habe.

2. Die Schärfe oder Deutlichkeit: das Erinnerungsbild entspricht der zu Grunde liegenden Empfindung in wechselndem Grade. Wenn ich eine Empfindung nur wenige Male gehabt habe oder seit ihrem letzten Auftreten lange Zeit verstrichen ist, so blasst das Erinnerungsbild ab, d. h. es entspricht der zu Grunde liegenden Empfindung immer weniger genau und schliesslich so wenig, dass es „vergessen“ ist. So habe ich z. B. von einer Rhododendronblüthe eine weit weniger scharfe oder dentliche Vorstellnng als von einer Rosenblüthe.

3. Den Gefühlston: die Vorstellung des einen Menschen ist von einem angenehmen, diejenige eines anderen von einem unangenehmen Gefühlston begleitet.

4. Die Energie oder die Intensität: je nach der Stärke des Impulses, welchen eine Ganglienzelle mit der Disposition R_1 von der Ideenassociation empfängt und dnrch welchen R_1 in R_v verwandelt wird, ist die Intensität der Vorstellung sehr verschieden. Wenn ich mir ein früher gesehenes Gemälde jetzt in das Gedächtniss zurückrufe, so stelle ich mir gewisse Figuren des Gemäldes nicht nur schärfer, sondern anch intensiver vor als andere.

Die pathologischen Störungen der Erinnerungsbilder oder Vorstellungen theilen wir ein in:

α. Störungen in der Bildung der Vorstellungen.

β. Störungen in der Erhaltnng der Vorstellungen.

Diesen beiden Gruppen entsprechen zugleich die inhaltlichen Störungen und die Störungen der Schärfe der Vorstellungen. Die Störungen der Gefühlstöne der Vorstellungen werden in einem besonderen Kapitel besprochen werden. Die Störungen der Energie der Vorstellungen gehören bereits zu den Störungen der Ideenassociation selbst.

α. Störungen in der Vorstellungsbildung.

1. Defecte der Vorstellungsbildung.

Die Zahl der inhaltlich verschiedenen Vorstellungen bezw. Begriffe, welche im Ganzen in der Hirnrinde niedergelegt sind, schwankt ausserordentlich. Es giebt z. B. Völkerschaften in Afrika, welche aus den zahllosen Farbenempfindungen, welche die umgebende Natur in jedem Menschen erregt, nur zwei concrete Vorstellungen gebildet haben, nämlich roth und schwarz: wenigstens geht dies daraus hervor, dass denselben sprachliche Bezeichnnngen für andere Farbenqualitäten völlig fehlen. Ebenso existiren polynesische Stämme, deren Zahlbegriffe nnd Zahlbezeichnungen nur bis 5 reichen: alles, was grösser als 5 ist, wird als „nnendlich gross“ mit einem Worte bezeichnet. Anch innerhalb der civilisirten Völker schwankt bei den Einzelnen die Zahl der inhaltlich verschiedenen Erinnerungsbilder je nach Begabung und Bildung in böchstem Maasse. Der eine hat eben noch den Begriff des „Productes“ erworben, der andere weiss von „Quadratwurzeln“, für einen dritten endet die Reihe der algebraischen Begriffe erst mit den höchsten „elliptischen Functionen“.

Die Bildung inhaltlich verschiedener Erinnerungsbilder kann nun anch durch Krankbeit eine Einschränkung erfahren haben, d. b. es giebt Individuen, welche in Folge einer krankhaften Hirnentwicklung nicht dieselbe Zahl von Begriffen zu erwerben vermochten wie ihre unter gleichen socialen Bedingungen lebende Umgebnng. Man bezeichnet solche Kranke als Angehoren-Schwachsinnige und unterscheidet je nach dem Grade des angeborenen Schwachsinns Idioten, Imhecille und Dehile. Bei dem Idioten ist die Zahl der Erinnerungsbilder äusserst klein: nicht einmal von den Personen nnd Gegenständen, welche ihn stets umgeben, legt er Erinnerungsbilder nieder, welche ihm z. B. das Wiedererkennen derselben ermöglichten. Nur von dem Essen- und vielleicbt vom strahlenden Licht und von seinen Kleidern und seinem Körper bildet er sich einige unbestimmte Vorstellungen, und anch diese ohne sprachliche Componenten. Das Lächeln im Gesicht des Idioten scbeint zn beweisen, dass er die leucbtende Flamme, welche man ihm entgegenhält, wiedererkennt, aber weder weiss er selbst sie zu beneunen noch versteht er die Beneunung, welcbe andere ihr geben. Bei dem Imbecillen sind zahlreiche concrete Begriffe zur Entwicklung gelangt und werden vom Kranken richtig bezeichnet. So verfügt er fast stets über sichere Erinnerungsbilder von den ihn umgebenden Personen und Gegenständen. Die Farbenbegriffe sind meist noch etwas lückenhaft, namentlicb die Vorstellungen „grün“, „blau“, „grau“ sind oft mangelhaft getreunt.

Die Zahlbegriffe reichen höchstens his 10. Die Erinnerungsbilder der landesüblichen Geldmünzen sind meist vorhanden. Beziehungsbegriffe nnd abstractere Begriffe fehlen in der Regel vollkommen. Bei dem Debilen sind anch Beziehnngsbegriffe und abstracte Begriffe zur Ausbildnng gekommen. Der Debile weiss, was „gleich“ nnd was „ähnlich“ hedentet, er spricht von Ursache und Wirkung nnd führt Gott und Vaterland und Recht und Unrecht im Munde. Der Defect der Begriffsbildung tritt hier erst zu Tage, wenn man den Kranken nach der Bedentung dieser complicirteren und ahstracteren Begriffe fragt. Daun ergieht sich, dass die Partialvorstellungen, welche diesen Worten erst Inhalt nnd Bedentung gehen, garnicht oder sehr spärlich entwickelt sind. Man muss sich also hüten, aus dem Vorhandensein des Wortes auf das Vorhandensein des Begriffes zu schliessen. Gerade bei dem angeborenen Schwachsinn leichteren Grades stellen sich geru Worte ein, wo Begriffe, d. h. inhaltgebende Partialvorstellungen fehlen.

2. Bildung falscher Erinnerungsbilder.

Falsche Eriunerungsbilder, d. h. Erinnerungsbilder, welche den Objecten nicht entsprechen, kommen dann zn Stande, wenn die Empfindungen, aus welchen die Erinnerungsbilder hervorgegangen sind, pathologische waren. So hinterlassen die Illnsion, die Hallncination, die hyper- und die hypästhetische Empfindung Erinnerungsbilder, welche entweder qualitativ oder intensiv der Wirklichkeit nicht entsprechen. Der Vorgang der Vorstellungshildung selbst ist hier offenbar nicht gestört, die Vorstellungen sind hier nur deshalb falsch, weil sie aus pathologisch verändertem Empfindungsmaterial gewonnen sind. Es kommen aber bei Geisteskranken anch primäre Fälschungen der Erinnerungsbilder vor, d. h. obwohl im Empfindungsleben keinerlei Störungen vorliegen, bilden sich unrichtige Erinnerungsbilder, also Erinnerungsbilder, die weder den stattgehabten Empfindnngen noch den Objecten entsprechen. Da diese Fälschnngen der Erinnerungsbilder fast ausnahmslos nicht schon im Augenblick des Niederlegens des Eriunerungsbildes stattfinden, sondern an früher niedergelegten Erinnerungsbilderu vor sich gehen, werden dieselben nnter den Störungen der Erhaltung der Erinnerungsbilder besprochen.

β. Störungen der Erhaltung der Erinnerungsbilder.

1. Verlnst von Erinnerungsbildern.

Wie alle Elemente nnd Gewebe des Körpers unterliegen anch die Ganglienzellen der Hirnrinde dem Einflnss des Stoffwechsels, und dieser

Einfluss bewirkt, dass die Disposion R_1 allmählich verwischt wird. Auf psychischem Gebiet äussert sich dies darin, dass das Erinnerungsbild, wenn die zugehörige Empfindung sich nicht wiederholt, allmählich an Schärfe verliert und somit der zu Grunde liegenden Empfindung bezw. dem zugehörigen Object nicht mehr entspricht. Schliesslich kann R_1 so völlig verwischt sein, dass wir das bez. Erinnerungsbild überhaupt nicht mehr reproduciren können: „wir haben es vergessen". Diese physiologische Zerstörung der Erinnerungsbilder ist stets eine sehr langsame; unter pathologischen Verhältnissen ist diese Zerstörung oft enorm beschleunigt. Bald ist dieselbe auf ein einziges Sinnesgebiet beschränkt, bald handelt es sich um einen diffusen Verlust von Erinnerungsbildern, an welchem sich alle Sinnessphären mehr oder weniger gleichmässig betheiligen. Der isolirte Verlust der optischen Erinnerungsbilder wird als Seelenblindheit bezeichnet. Der Seelenblinde sieht noch alles, seine Gesichtsempfindungen sind intact, aber er erkennt nicht wieder, was er sieht, weil er seine Gesichtsvorstellungen verloren hat. Den Löffel, welchen er vor sich sieht, starrt er als einen unbekannten Gegenstand an; erst wenn er ihn betastet, erkennt er ihn wieder. Wird dem Seelenblinden gesagt, er solle versuchen, sich die Strassen seines Wohnortes im Geiste vorzustellen, so erklärt er sich hierzu absolut unfähig. Er hat seine „optische Phantasie" eingebüsst. Dementsprechend sind auch aus seinen Träumen alle optischen Elemente verschwunden. Diese Seelenblindheit deutet stets auf eine Heerderkrankung der Rinde der lateralen Convexität im Gebiete der Occipitalwindungen hin. Eine specielle Form der Seelenblindheit ist die Alexie, d. h. die Unfähigkeit Gedrucktes oder Geschriebenes zu verstehen. Dieselbe beruht auf dem Verlust der optischen Buchstabenbilder und ist das Heerdsymptom des Gyrus angularis sinister. — Der isolirte Verlust der akustischen Erinnerungsbilder wird als Seelentaubheit bezeichnet. Der Seelentaube hört alles, aber er erkennt die Geräusche und Klänge, welche er hört, nicht wieder. Am häufigsten ist die specielle Form der Seelentaubheit, welche man als Worttaubheit oder sensorische Aphasie bezeichnet. Hier sind speciell die akustischen Erinnerungsbilder der Worte verloren gegangen. Der Kranke hört die Worte, versteht sie aber nicht mehr. Diese sensorische Aphasie beruht auf einer Heerderkrankung des mittleren Abschnitts der linken obersten Schläfenwindung. — Der isolirte Verlust der tactilen Erinnerungsbilder erzeugt die Seelengefühllosigkeit. Die Kranken fühlen jede Berührung, erkennen aber die Gegenstände durch Befühlen nicht mehr. Es ist wahrscheinlich, dass die tactilen Erinnerungsbilder ebenso wie die Lagevorstellungen im oberen Scheitelläppchen niedergelegt sind. Endlich können auch die Bewegungsvorstellungen, d. h. die Erinnerungsbilder unserer Bewegungs-

empfindungen isolirt zu Grunde gehen. Ueber den corticalen Sitz dieser Störungen besteht noch keine Sicherheit.*)

Aus dieser Zusammenstellung ergiebt sich bereits, dass diese isolirten Defecte der Erinnerungsbilder einer einzigen Sinnessphäre für die Psychiatrie weniger Bedeutung besitzen. Denn dieselben beruhen auf circumscripten Heerderkrankungen, während die Psychosen auf diffusen Erkrankungen der Hirnrinde beruhen. Indes ist es nicht selten, dass zu einer Heerderkrankung des Gehirns in Folge der von ihr ausgehenden Fernwirkungen eine Psychose hinzutritt. So kann z. B. ein Erweichungsheerd im Cuneus als Ausfallssymptom Seelenblindheit und zugleich in Folge einer vorübergehenden die gesammte Hirnrinde in Mitleidenschaft ziehenden Fernwirkung eine vorübergehende Psychose erzeugen. Andererseits kommt es vor, dass der diffuse über die ganze Hirnrinde ausgebreitete Krankheitsprocess, welcher die Psychose bedingt, in einem bestimmten Theil der Hirnrinde ganz besonders überwiegt und so einen isolirten Defect der Erinnerungsbilder einer bestimmten Sinnessphäre vortäuscht. So existirt z. B. eine Psychose, die auf einem anatomisch nachweisbaren Untergang der specifischen Elemente im ganzen Bereich der Hirnrinde beruht. Bei dieser sog. Dementia paralytica ist namentlich im Beginn die Rindenerkrankung zuweilen in einem Rindenabschnitt, z. B. in der obersten linken Schläfenwindung so vorzugsweise localisirt, dass über dem Verlust der akustischen Erinnerungsbilder der Sprache, also über der Worttaubheit, die leichten Defecte auf dem Gebiete der Erinnerungsbilder anderer Sinnessphären leicht übersehen werden.

Erheblich wichtiger für die Psychiatrie ist der diffuse Verlust der Erinnerungsbilder. Ein Verlust der concreten Begriffe, der Beziehungsbegriffe sowie aller allgemeinen Begriffe kann offenbar überhaupt nur durch eine diffuse Rindenerkrankung zu Stande kommen, da diese Begriffe aus Partialvorstellungen bestehen, welche über die ganze Hirnrinde zerstreut liegen. Der diffuse Verlust von Erinnerungsbildern betrifft vorzugsweise und zuerst gerade die zusammengesetzteren und allgemeineren Vorstellungscomplexe oder Begriffe. Derselbe ist charakteristisch für den sog. erworbenen Schwachsinn in seinen verschiedenen Formen (Dementia paralytica, secundaria, senilis, epileptica, alcoholica u. s. w.). In der übergrossen Mehrzahl der Fälle ist er progressiv. Schliesslich gehen diesen Kranken auch die einfachsten concreten Begriffe verloren. Ganz besonders rasch pflegen die Kranken auch diejenigen Erinnerungsbilder einzubüssen, welche sie erst vor kurzer Zeit, speciell also nach Beginn ihres Leidens erworben haben. Erst nach und nach

*) Viele Autoren lassen alle willkürlichen Bewegungen aus diesen Bewegungsvorstellungen hervorgehen.

werden auch die Erinnerungsbilder, welche dem Kranken aus längst vergangener Zeit noch zur Verfügung stehen, von dem Krankheitsprocess ergriffen. Dies allmähliche Fortschreiten der Einbusse der Erinnerungsbilder von der Jüngstvergangenheit zur Längstvergangenheit wird von Ribot als das Gesetz des rückschreitenden Erinnerungsverlustes (Loi de la regression) bezeichnet. Dasselbe erklärt sich offenbar darans, dass diejenigen Erinnerungsbilder der Längstvergangenheit, z. B. der Jugend, welche überhaupt im mittleren Alter noch erhalten zu sein pflegen und deren Verlust allein als krankhaft in Betracht kommen kann, im Laufe des Lebens durch häufige Reproductionen so sehr eingeprägt und befestigt worden sind, dass sie dem Krankheitsprocess stärkeren Widerstand leisten. Für das geringe Haften der nach Beginn der Psychose erworbenen Erinnerungsbilder kommt speziell noch in Betracht, dass die Ganglienzellen mit dem Einsetzen der Krankheit durch ihre pathologischen, zum Theil unter dem Mikroskop post mortem nachweisbaren Veränderungen schon die Aufnahme der Erinnerungsbilder in mangelhafter und unvollkommener Weise vollziehen.

Was eben über den Verlust einfacher und zusammengesetzter Erinnerungsbilder gesagt wurde, gilt nun ganz in derselben Weise auch für ganze Reihen von Erinnerungsbildern. Ein Erlebniss hinterlässt nicht ein einziges Erinnerungsbild, sondern eine chronologisch geordnete Reihe einzelner theils einfacher theils zusammengesetzter Erinnerungsbilder. Auch solche chronologisch geordnete Reihen geben bei dem erworbenen Schwachsinn verloren: der Kranke vergisst seine Erlebnisse und zwar wiederum zuerst diejenigen der jüngsten Vergangenheit. Endlich legen wir viele Erinnerungsbilder in ganz bestimmten associativen Verknüpfungen nieder.*) So lernen wir, dass $7 \times 8 = 56$, dass die Hauptstadt von Frankreich Paris ist, dass 1 Thaler 3 Mark entspricht etc. Häufig geben nun die einzelnen Erinnerungsbilder zwar nicht verloren, wohl aber ihre associativen Verknüpfungen. Auch dieser Verlust der associativen Verknüpfungen kommt zuweilen ganz isolirt, d. h. beschränkt auf eine einzige Associationsbahn vor. Hierher gehört z. B. die schon erwähnte „optische Aphasie". Kranke mit optischer Aphasie erkennen alle Gegenstände (sind also nicht seelenblind), finden aber für die ihnen gezeigten Gegenstände die sprachliche Bezeichnung nicht. Erst wenn sie den Gegenstand nicht nur sehen, sondern auch betasten dürfen, finden sie das Wort für den Gegenstand sofort. Hier sind die einzelnen Erinnerungsbilder erhalten, aber die associative Verknüpfung zwischen den optischen Erinnerungsbildern des Hinterhauptlappens und dem moto-

*) Streng genommen beruht auch die chronologische Ordnung der einzelnen Erinnerungen eines Erlebnisses auf solchen associativen Verknüpfungen.

rischen Sprachcentrum ist durch eine Heerderkrankung zerstört. Sehr viel häufiger ist ein über die ganze Hirnrinde ausgebreiteter diffuser Untergang der associativen Verknüpfungen. Derselbe ist, ebenso wie der Untergang der Erinnerungsbilder selbst, charakteristisch für alle Formen des erworbenen Schwachsinns. Den Folgeerscheinungen dieses Untergangs der associativen Verknüpfungen werden wir später bei Besprechung der Störungen der Ideenassociation noch öfters wieder begegnen.

Eine ganz besondere Form des Verlustes einer chronologisch zusammengehörigen Reihe von Erinnerungsbildern resp. der zugehörigen associativen Verknüpfungen stellt die sog. Amnesie dar. Dieselbe ist dadurch ausgezeichnet, dass lediglich alle oder fast alle einem ganz bestimmten, auch anderweitige Krankheitssymptome aufweisenden Zeitraum angehörigen Erlebnisse vergessen sind. Mitunter lässt sich genau feststellen, von welcher Stunde und Minute an und bis zu welcher Stunde und Minute der Krankheitszustand, für den Amnesie besteht, gedauert hat. Man bezeichnet solche Krankheitszustände mit nachfolgender Amnesie auch kurz als Dämmerzustände (oder — weniger zweckmässig — auch als Zustände der Bewusstseinsstörung oder Bewusstlosigkeit). Ist die Amnesie keine totale, so spricht man von „summarischer Erinnerung“ oder „partiellem Erinnerungsdefect“. Diese Amnesie beruht wahrscheinlich, ebenso wie die analoge für Träume, darauf, dass associative Verknüpfungen derjenigen Empfindungen und Vorstellungen, welche während des Dämmerzustandes auftreten, mit denjenigen des normalen Zustandes vor und nach jenem Zeitraum aus irgend einem Grunde unterbleiben oder verloren gehen. In seltenen Fällen findet man, dass bei Wiederholung des Dämmerzustandes während des neuen Dämmerzustandes die Erinnerung für die Erlebnisse des ersten wiederkehrt; man bezeichnet dies als „alternirendes Bewusstsein“. Dämmerzustände mit nachfolgender Amnesie finden sich namentlich bei Epilepsie, Hysterie, Intoxicationen, nach Kopfverletzungen und als sogen. „transitorisches Irresein“; auch die Zustände der Schlaftrunkenheit, des Schlafwachens und Schlafwandelns, sowie der Hypnose gehören hierher.

2. Fälschung von Erinnerungsbildern.

Die Erinnerungsbilder unserer Hirnrinde stehen untereinander in ausgiebigster associativer Verknüpfung. So kommt es, dass unter dem Einfluss der Ideenassociation die Gruppirung und associative Verknüpfung der Erinnerungsbilder in krankhafter Weise verändert werden kann (Erinnerungsentstellungen), oder Erinnerungsbilder, deren zu Grunde liegende Empfindungen nicht einmal in annähernd entsprechender Verknüpfung je aufgetreten sind, associativ verknüpft werden (Erinnerungstäuschungen).

Beide Störungen betreffen ausschliesslich die **Erlebnisse** des Kranken selbst. Die Hysterische macht aus dem Besuch des Arztes einen Stuprumversuch (Erinnerungsentstellung), der Paralytiker erfindet ohne jeden thatsächlichen Inhalt Jagden und Abenteuer, die er mit allen Einzelheiten erlebt haben will (Erinnerungstäuschung). Da diese Fälschungen der Erinnerungsbilder stets bereits Störungen der Ideenassociation voraussetzen, werden dieselben ausführlicher erst unter diesen besprochen werden.

c. Störungen der intellectuellen Gefühlstöne oder Affectstörungen.

Sowohl den Empfindungen wie ihren Erinnerungsbildern, den Vorstellungen, kommt ein Gefühlston zu. Die Gefühlstöne der Empfindungen werden als sensorielle Gefühlstöne, die Gefühlstöne der Vorstellungen als intellectuelle Gefühlstöne bezeichnet. Zunächst kommen nur den Empfindungen Gefühlstöne zu, und die Vorstellungen bekommen ihre Gefühlstöne einfach von den zu Grunde liegenden Empfindungen. Die pathologischen Störungen der Gefühlstöne der Empfindungen sind bei der Lehre von den Empfindungsstörungen bereits erörtert worden. Die Gefühlstöne von Vorstellungen, deren Empfindungen von krankhaft veränderten Gefühlstönen begleitet waren, überkommen selbstverständlich von den Empfindungen auch diese krankhaft veränderten Gefühlstöne. Der Kranke, welcher an conträren Sexualempfindungen leidet, begleitet nicht nur seine Empfindungen mit pathologischen Gefühlstönen, sondern auch sein Vorstellungsleben zeigt die entsprechende Veränderung der Gefühlstöne: auch in der **Phantasie** sind die Beziehungen zum eigenen Geschlecht bei diesen Kranken mit krankhaften Lustgefühlen verknüpft. Es würde sonach scheinen, als sei eine besondere Besprechung der intellectuellen Gefühlstöne ganz überflüssig. Dem ist jedoch nicht so. Die intellectuellen Gefühlstöne erfahren bei dem Menschen eine für das gesunde und kranke Geistesleben höchst bedeutsame Weiterentwicklung. Es kommt nämlich ein früher bereits gestreiftes Gesetz zur Geltung, welches folgendermaassen lautet: Hat von zwei **gleichzeitigen** Vorstellungen V_1 und V_2 V_1, weil es von einer mit stark positivem, resp. negativem Gefühlston behafteten Empfindung E_1 stammt, einen intensiv positiven resp. negativen Gefühlston, hingegen V_2, weil es von einer gleichgültigen Empfindung E_2 stammt, keinen oder nur einen schwachen Gefühlston, so überträgt sich der starke Gefühlston von V_1 auf V_2. Man bezeichnet diese Uebertragung als **Irradiation** der Gefühlstöne. Besonders stark ist diese Irradiation bei solchen Vorstellungen, welche gleichzeitig niedergelegt wurden oder,

anders ausgedrückt, deren zugehörige Empfindungen gleichzeitig aufgetreten sind. Wenn ich an einem beliebigen Orte einen Unfall z. B. eine Verletzung erlitten habe, so ist künftig nicht nur die Erinnerung an diese Verletzung von einem Unlustgefühl begleitet, sondern häufig ist mir auch die Erinnerung an den Ort selbst verleidet, d. h. ebenfalls mit einem Unlustgefühl verknüpft. Die genauere Analyse des psychologischen Vorganges ergiebt Folgendes: Eine bestimmte Oertlichkeit erregt in uns die Empfindung E_o, gleichzeitig haben wir bei der Verletzung die Berührungsempfindung E_t. E_o ist von keinem oder sehr schwachem Gefühlston begleitet. E_t ist schmerzhaft, also von intensiv negativem Gefühlston begleitet. Von E_o bleibt das Erinnerungsbild V_o, von E_t das Erinnerungsbild V_t zurück. V_o und V_t als gleichzeitig niedergelegte Vorstellungen stehen untereinander in associativer Verknüpfung. V_o entbehrt zunächst des Gefühlstons, V_t überkommt den intensiv negativen Gefühlston von E_t. Das Irradiationsgesetz äussert sich nun im vorliegenden Fall darin, dass V_t seinen Gefühlston in voller oder abgeschwächter Intensität auf das associativ mit ihm verknüpfte V_o überträgt. Die Folge hiervon ist, dass künftig auch die Erinnerung des Ortes, obwohl dessen Empfindung nie von negativem Gefühlston begleitet war, von Unlustgefühl begleitet ist. Der Gefühlston von E_t hat sich hier direct auf V_t und indirect auch auf V_o übertragen. Aber die Uebertragung geht noch weiter. Wenn ich die Oertlichkeit wiedersehe, also E_o sich wiederholt, so ist dies E_o häufig von Unlustgefühl begleitet. Es hat also weiterhin V_o seinen V_t resp. E_t entlehnten Gefühlston auf das zweite E_o übertragen. Die Empfindung hat mithin hier ihren Gefühlston der Vorstellung entlehnt. Man bezeichnet diese Gefühlstöne der Empfindung, welche derselben nicht ursprünglich zukommen, sondern den Vorstellungen entlehnt sind, als r e f l e c t i r t e Gefühlstöne. Neben der Irradiation der Gefühlstöne ist diese Reflexion der Gefühlstöne die wichtigste Erscheinung unseres Gefühlslebens.

Die wichtigste Consequenz des Irradiations- und Reflexionsgesetzes ist folgende: wenn ich in einer gewissen Zeiteinheit eine oder einige wenige Empfindungen oder Vorstellungen mit gleichsinnigem starkem Gefühlston habe, so werden die vielen anderen in derselben Zeiteinheit auftretenden Empfindungen und Vorstellungen, welche zunächst von keinem oder schwachem Gefühlston begleitet sind, sämmtlich durch den Gefühlston jener einen Vorstellung (oder Empfindung) gefärbt. So kommt es, dass sehr häufig innerhalb einer gewissen Zeiteinheit unsere Empfindungen und Vorstellungen eine Gleichartigkeit der Gefühlstöne zeigen. Begrifflich fassen wir dann den Durchschnitt dieser gleichartigen Gefühlstöne der innerhalb einer Zeiteinheit vorhandenen Empfindungen und

Vorstellungen unter dem Wort „Stimmung“ zusammen. Unsere Stimmung ist somit nicht ein unabhängiger, selbständiger psychischer Process, sondern die Abstraction aus den gleichartigen Gefühlstönen der Vorstellungen und Empfindungen innerhalb eines bestimmten Zeitabschnittes. Treten innerhalb eines solchen mehrere Vorstellungen (oder Empfindungen) mit starkem, aber entgegengesetztem Gefühlston auf, so hat es gar keinen Sinn, von einer einheitlichen Gemüthsstimmung zu reden.

Die Gefühlstöne und Stimmungen beeinflussen in hohem Maass die Ideenassociation und das Endglied derselben, die Handlung. Insofern die Gefühle beide beeinflussen, bezeichnet man sie auch als Affecte. Der Einfluss der Affecte auf den formalen Ablauf der Ideenassociation hängt fast ausschliesslich von ihren Vorzeichen ab. Traurige oder depressive Affecte (mit negativem Vorzeichen) verlangsamen den Vorstellungsablauf, heitere oder exaltirte Affecte (mit positivem Vorzeichen) beschleunigen ihn. Ganz dasselbe gilt im Allgemeinen auch von dem Einfluss auf die Handlungen. Depressive Affecte führen langsam und spärlich zu Handlungen, exaltirte Affecte rasch und ausgiebig.

Nicht alle Gefühlstöne sind qualitativ identisch und nur nach Intensität und Vorzeichen verschieden. Speciell die intellectuellen Gefühlstöne der complicirteren Vorstellungen zeigen zahllose qualitative Nüancirungen. Schon das Lustgefühl, welches die Schallempfindung des Duraccords c e—g begleitet, ist von dem Lustgefühl, welches die Schallempfindung des Mollaccords c—es—g begleitet, nicht nur intensiv, sondern auch qualitativ verschieden. Viel verschiedenartiger noch sind die Gefühlstöne, welche unsere complexen Vorstellungen begleiten. Ihre höchste Differenzirung und Mannigfaltigkeit erreichen diese Gefühlstöne da, wo sie ethische Vorstellungen begleiten. Die complexen Vorstellungen Vaterland, Familie, Nächster, Ehre, Recht, Gesetz etc. sind bei dem normalen Menschen von specifischen Gefühlstönen begleitet, welche man auch direct als „ethische Gefühle“ bezeichnet. Dieselben sind die Resultanten zahlreicher Irradiationen, welche die einzelne Vorstellung von allen associativ mit ihr verknüpften Vorstellungen erfährt. Bei dem einzelnen Individuum sind diese ethischen Gefühlstöne zu verschiedenen Zeiten in der Regel ziemlich constant: ihre Summe macht im Wesentlichen das aus, was man als den Charakter des Individuums bezeichnet. Häufig drückt man jedoch auch mit dem Wort „Charakter“ ganz allgemein das Ueberwiegen gewisser Gefühlstöne und Stimmungen bei einem Individuum aus.

Die wichtigsten krankhaften Störungen des Gefühlslebens sind — abgesehen von den früher bereits besprochenen Störungen der primären (d. h. nicht-reflectirten) Gefühlstöne der Empfindung — folgende:

1. Krankhafte Depression,
2. Krankhafte Exaltation,
3. Krankhafte Reizbarkeit,
4. Krankhafte Apathie,
5. Krankhafte Labilität der Gefühlstöne resp. Stimmnngen.

1. Krankhafte Depression (Dysthymie).

Wie bei jeder Gefühlsstörung ist anch bei der pathologischen Depression d. h. bei dem krankhaften Ueberwiegen negativer Gefühlstöne streng zwischen primären und secundären Gefühlsstörungen zu unterscheiden.

Die secundäre Depression ist motivirt durch das thatsächliche Vorhandensein von Empfindungen oder Vorstellungen mit negativem Gefühlston. Die unangenehmen Empfindungen, welche eine secundäre Depression veranlassen, können entweder wirklichen Reizen entsprechen (so z. B. bei Neuralgie) oder auf der früher besprochenen Hyperalgesie beruhen oder endlich hallncinatorischen Ursprungs sein. In allen drei Fällen ist das Gefühlsleben selbst nicht primär gestört. Der Hallucinant, der die schrecklichsten Drohworte hört und darüber verstimmt ist, ist krank, insofern er hallucinirt; die secundäre allgemeine Verstimmung über diese Hallncinationen ist kein neues Krankheitssymptom, sondern eine normale, nach den Gesetzen der Irradiation durchaus selbstverständliche Reaction auf die Hallucinationen. Ganz dasselbe gilt auch von der allgemeinen secundären Depression, welche Vorstellungen unangenehmen Inhalts begleitet. Der Paranoiker, welcher sich verfolgt wähnt und darüber verstimmt ist, ist krank, insofern er eine Wahnvorstellnng hat; die durch die Wahnvorstellung hervorgerufene allgemeine Depression ist durch den Inhalt der Wahnvorstellung völlig ausreichend motivirt.

Anders die primäre Depression. Bei dieser fehlen motivirende Empfindungen und Vorstellungen vollständig oder, wenn solche Empfindungen und Vorstellungen vorhanden sind, so steht doch die Schwere nnd Dauer der allgemeinen Depression in gar keinem Verhältniss zu der Geringfügigkeit des negativen Gefühlstons der thatsächlich vorhandenen Empfindungen und Vorstellungen. Letzteres ist z. B. der Fall, wenn eine Frau in Folge des Todes eines Kindes monatelang so sehr trauert, dass sie alle Arbeiten vernachlässigt, die Nahrungsaufnahme verweigert, unmotivirte Angstanfälle hat, sich in sinnlosen Selbstanklagen ergeht n. dgl. Hier ist ja thatsächlich eine traurige Empfindung oder vielmehr ein trauriger Empfindungscomplex, nämlich das Erlebniss des Todes des Kindes vorhanden, und es wäre nach dem Irradiationsgesetz ganz

verständlich, wenn längere Zeit eine allgemeine Depression bestände. Aber in dem angeführten Fall übersteigen die Irradiationen weit die normalen Grenzen. Auch in solchen Fällen sprechen wir von einer primären Depression. In vielen Fällen fehlt eine ursächliche deprimirende Empfindung oder Vorstellung überhaupt ganz. Die Depression bricht aus heiterem Himmel herein.

Die allgemeine primäre Depression stellt sich in vielen Fällen einfach als eine unmotivirte Traurigkeit dar. Vergangenheit und Zukunft stellt sich der Kranke in dem trübsten Lichte vor und auch die Empfindungen der Gegenwart erhalten reflectirte negative Gefühlstöne. Der Kranke empfindet alles schmerzlich. Allerdings empfindet er den C dur-Accord noch als Consonanz: die primären sensoriellen Gefühlstöne sind noch erhalten, aber er freut sich nicht über den Wohlklang: die Reflexion der pathologischen negativen Gefühlstöne der Vorstellungen wirkt auf die Empfindungen zurück. Die Kranken sehen alles Gran in Grau. Die Fröhlichkeit ihrer Umgebung stimmt sie doppelt traurig.

In vielen Fällen kommt zu dieser allgemeinen Traurigkeit ein weiterer Affect hinzu, die Angst. Die Angst tritt bald ohne irgendwelche begleitenden körperlichen Empfindungen auf, bald ist sie mit den mannigfaltigsten Sensationen vergesellschaftet. Im Allgemeinen ist letzteres häufiger. Speciell ist die Angst sehr häufig mit einem qualvollen Oppressionsgefühl in der Herzgegend verknüpft. Man bezeichnet diese Form der Angst als Präcordialangst. In anderen Fällen geben die Kranken an, dass es aus der Herzgegend „wie ein heisser Strom zum Kopf hinaufziehe“. Manche Kranken klagen auch über ein die Angst begleitendes Constrictionsgefühl im Halse oder über ein Wallen und Klopfen im Abdomen. Endlich klagen viele Kranke lediglich über eine Empfindung der Unruhe, welche bald im ganzen Körper, bald in den Beinen, bald in den Armen besonders häufig auftritt. Entsprechend dem Sitz dieser Empfindungen localisiren nun auch die Kranken ihre Angst. Auch die einfache Depression wird zuweilen localisirt; so klagte eine Kranke über ein „nagendes Kummergefühl in der Magengegend“. Daher sprechen die einen direct von Herzensangst, andere von Brustangst, wieder andere, bei denen qualvolle Begleitempfindungen im Abdomen oder Kopf auftreten, von Unterleibsangst oder Kopfangst. Zuweilen wird auch die Localisation der Angst durch zufällig coëxistirende Sensationen oder Schmerzen bestimmt, welche schon lange vor dem Auftreten der Angst bestanden haben. In den Fällen, wo Begleitempfindungen ganz fehlen, äussern die Kranken entweder, die Angst „sitze überall“ oder „es sei nur eine Seelenangst“, oder endlich ver-

legen sie auch — man kann sagen fante de mieux — ihre Angst trotz Abwesenheit entsprechender Begleitempfindungen in den Kopf.

Ueber das Verhältniss der Angst zu den erwähnten Begleitempfindungen ist viel gestritten worden. Man ist oft so weit gegangen, dass man jene Begleitempfindnngen direct als die Ursache jeder Angst bezeichnet hat, und bezeichnete z. B. speciell die Präcordialangst direct als eine vasomotorische Nenrose des Herzens. Diese Auffassung scheitert schon an der Thatsache, dass die Begleitempfindungen zuweilen auch bei heftiger Angst ganz fehlen können. Die Angst ist vielmehr zunächst und in erster Linie, wie alle normalen und alle pathologischen Affecte, corticalen Ursprungs. Oefter und intensiver als andere Affecte übt die Angst einen Einfluss auf die quergestreifte und glatte Muskulatur des Körpers. Dieser äussert sich zunächst in den sogenannten Angstbewegungen, dem ängstlichen Reiben der Hände und Hinundherfahren der Beine. Der Kranke empfindet diese Bewegungen wie alle anderen Bewegungen: so entsteht die Begleitempfindnng allgemeiner Unruhe, welche oben erwähnt wurde. Andererseits verändert die Angst häufig die Respiration: in der Angst athmet der Kranke rascher, aber dies rasche Athmen wird öfter durch eine lange Pause und nachfolgendes tiefes saccadirtes Aufathmen unterbrochen. So entstehen die Begleitempfindungen der „Brustangst“. Noch wichtiger ist endlich der Einfluss der Angst auf die Circulation. Die peripheren Arterien erfahren eine stärkere Contraction, die Herzthätigkeit wird beschleunigt, unregelmässig und weniger ausgiebig. So kommt es zu dem „Angstschauer“ und der „Herzunruhe“, über welche viele Kranke klagen. Es ist ferner nicht unwahrscheinlich, dass der Arterienkrampf, welcher die peripheren Arterien betrifft, sich auch auf die Kranzarterien des Herzens erstreckt. Da wir nun aus dem klinischen Bild der Angina pectoris resp. Stenocardie wissen, dass ein solcher arterieller Gefässkrampf, sei es der peripheren Arterien, sei es speciell der Coronararterien, auch ohne Psychose qualvolle Empfindungen in der Herzgegend bedingt, deren Gefühlston direct als Angst bezeichnet werden kann, so liegt auf der Hand, dass gerade die vasomotorische Wirkung der Angst im höchsten Maass geeignet ist erstens rückwirkend die Angst zu verstärken und zweitens die Localisation der Angst in die Herzgegend zu veranlassen. So entsteht das klinische Bild der Präcordialangst. Bei Besprechung der Ausdrucksbewegungen wird auf die körperlichen Erscheinungen der Präcordialangst zurückgekommen werden. Hier sei nur noch hemerkt, dass in seltenen Fällen auch Schmerz mit der Präcordialangst sich verknüpft. Zuweilen strahlt derselbe sogar in die linke Schulter und den linken Arm aus. In diesen Fällen kann man geradezu von einer die Psychose begleitenden Stenocardie sprechen.

Die Angst — in jeder Form — tritt bald continuirlich bald anfallsweise auf. Auch ein remittirender Typus (anfallsweise Verstärkungen) wird häufig beobachtet.

Die Folgeerscheinungen der primären Depression und Angst äussern sich bezüglich der Ideenassociation in der später ausführlich zu besprechenden Denkhemmung, d. h. in einer krankhaften Verlangsamung des Vorstellungsablaufs. Es dauert oft Minuten, bis solche Kranke das einfachste Rechenexempel aus dem Einmaleins richtig rechnen. Mitunter erscheint diese Denkhemmung auch als coordinirtes, der Depression parallel gehendes Begleitsymptom. Auf motorischem Gebiet — also bezüglich der Handlungen — bedingt die Depression eine ganz analoge Hemmung, welche man als „motorische Hemmung oder Gehundenheit" bezeichnet. Dieselbe äussert sich bald in einer völligen Resolution der gesammten Körpermusculatur, bald in einer gleichmässigen Spannung der Körpermuskeln. In letzterem Fall spricht man von „katatonischen" Zuständen oder „Attonität". Bei Besprechung der Handlungen wird auf diese motorischen Symptome ausführlicher zurückgekommen werden müssen. Die Angst kann dieselben motorischen Secundärsymptome hervorrufen wie die Depression, also gleichfalls motorische Hemmung entweder in Form einer völligen Resolution oder in Form katatonischer Spannungen. Sehr häufig beobachtet man jedoch auch, dass die Angst die motorischen Innervationen in einer gewissen Richtung verstärkt und beschleunigt: die Kranken ringen die Hände, zupfen an den Fingerbeeren, wechseln die Lage resp. Stellung der Beine fortwährend oder laufen ruhe- und planlos hin und her. Man bezeichnet diese Folgebewegungen der Angst auch direct als Angstbewegungen und den ganzen Zustand als ängstliche Agitation. Weshalb die Angst in dem einen Fall motorische Hemmung und im anderen Agitation bedingt, ist noch nicht aufgeklärt. In nicht wenigen Fällen wechselt auch der Einfluss der Angst auf die Bewegungen: Hemmung und Agitation lösen sich gegenseitig ab. Man darf daher auch der Hemmung solcher Kranken nie trauen: dieselbe kann sich plötzlich lösen und schwerer Agitation mit jähen Selbstmordversuchen Platz machen.

Ausser dem eben erwähnten Einfluss auf den Ablauf der Ideenassociation und die Bewegungen äussert die Depression und Angst häufig auch einen Einfluss auf den Inhalt der Ideenassociation, indem sie Wahnvorstellungen hervorruft. Der Kranke sucht eine Erklärung für seine Angst, und als willkommene Erklärungsversuche bieten sich ihm die Wahnvorstellungen der Versündigung, der Verarmung, des Unheilbarkrankseins (seltener der Verfolgung) dar. Selbstverständlich handelt es sich hier nicht um ein absichtliches Erklären, sondern die Stimmungsanomalie beeinflusst die Urtheilsassociationen der Kranken in ihrem

Siune. Bei Besprechnng des Kleinheitswahns wird später auf diese secnndären Wahnvorstellnngen ansführlich eingegangen werden. Häufig hezeichnet man dieselben direct als *Angstvorstellnngen*. In selteneren Fällen kommt es anch zu secundären Hallncinationen entsprechenden Inhalts.

Das Verhältniss einer bestehenden Depression hezw. Angst zu gleichzeitigen Wahnvorstellungen kann sonach ein doppeltes sein. Entweder ist die Depression bezw. Angst das Primäre nnd die Wahnvorstellungen sind secundäre Erklärungsversnche derselben, oder die Wahnvorstellnngen sind primär und erzengen in Folge ihres Inhalts secundäre Depression oder Angst.

Das *Vorkommen* primärer Depression ist äusserst ansgedehnt. Namentlich intercurrente Znstände primärer Depression mit oder ohne Angst finden sich gelegentlich hei jeder Psychose. Sehr häufig sind Znstände primärer Depression (meist ohne Angst) anch im Prodromalstadium vieler Psychosen, z. B. der Manie. Ein *längeres* Stadinm ansgesprochener primärer Depression findet sich nngemein häufig im Verlauf der Dementia paralytica, desgl. zuweilen im Verlauf der Dementia senilis. Eine primäre Depression, deren Intensität und Irradiation in der oben geschilderten Weise in keinem Verhältniss zu den thatsächlichen Beschwerden steht, findet sich namentlich bei der hypochondrischen Form der Nervosität. Auch finden sich bei der Neurasthenie anfallsweise Angstaffecte sehr häufig. Endlich existirt eine Psychose, für welche primäre Depression mit oder ohne Angst das Cardinalsymptom ausmacht: es ist dies die Melancholie. Hier ist die Stimmnngsanomalie das früheste nnd constanteste Symptom, welches das ganze klinische Bild danernd beherrscht.

2. Krankhafte Exaltation (Hyperthymie).

Anch das pathologische Ueberwiegen positiver Gefühlstöne, die heitere Verstimmung oder Exaltation tritt hald primär, hald secnndär anf. Die secundäre Exaltation heruht anf Wahnvorstellungen oder Sinnestänscbungen entsprechenden Inhalts. Die primäre tritt motivlos auf. Der Verlauf der primären Exaltation ist durchweg ein continuirlicher, doch kommen Exacerhationen öfter vor. Begleitempfindungen spielen hier nicht eine so einflussreiche Rolle wie hei der primären Depression und hei der primären Angst. Die Veränderung der Respiration nnd des Pulses hat selten etwas Charakteristisches. In Folge des Fehlens von Begleitempfindnngen kommt es auch sehr selten zu einer bestimmten Localisation der Exaltation. Höchstens hekommt man gelegentlich von den Kranken zu hören, „sie hätten eine Unruhe und

ein Prickeln in allen Gliedern", eine Aeusserung, welche im Folgenden sofort ihre Erklärung finden wird.

Der Einfluss der Exaltation auf die Ideenassociation äussert sich in der sog. Ideenflucht, d. h. in einer krankhaften Beschleunigung des Vorstellungsablaufs. Sprachlich kommt es daher zu der sog. Logorrhoe, d. h. einem hastigen, fortwährenden Sprechen. Andere Corollarsymptome der Ideenflucht, wie die Vorliebe für Reime, Assonanzen und Wortspiele, die Steigerung der Aufmerksamkeit für alle Sinneseindrücke, das Springende des Denkens (die sog. secundäre Incohärenz) werden bei Besprechung der Störungen der Ideenassociation ausführlich geschildert werden.

Der Einfluss auf die Bewegungen und Handlungen der Kranken entspricht ganz dem Einfluss auf die Ideenassociation. Die Uebertragungen der Rindenerregungen in das motorische Gebiet sind beschleunigt und vermehrt. Es besteht die sog. hyperthymische Agitation. Ihrer Intensität nach schwankt dieselbe zwischen den leichtesten Graden der Uebergeschäftigkeit und den schwersten Zuständen der Tobsucht.

Auch secundäre Wahnvorstellungen erzeugt die primäre Exaltation ganz ebenso wie die primäre Depression und Angst, und zwar sind es hier Wahnvorstellungen im Sinn eines gehobenen Selbstgefühls, also Grössenideen im weiteren Sinne des Wortes, auf welche der Kranke in Folge seiner Exaltation verfällt. Meist sind diese secundären hyperthymischen Grössenideen entsprechend der zugleich bestehenden Ideenflucht sehr wechselnd und flüchtig. Auf die Stimmung der Kranken übt dies gehobene Selbstgefühl oft eine sehr bemerkenswerthe Rückwirkung aus. Es verleitet nämlich die Kranken zu allerhand Ansprüchen und Anmaassungen, welche in der Umgebung auf Widerstand stossen. Die Gefühlsreaction, mit welcher nun der exaltirte Kranke auf den Widerstand der Umgebung antwortet, ist der Zorn. So kommt es, dass Zornaffecte sich mit der heiteren Stimmung fast ebenso häufig verknüpfen wie Angstaffecte mit der traurigen Verstimmung. Dabei ist der psychologische Zusammenhang in beiden Fällen ein wesentlich verschiedener. Mit der Neigung zu Zornaffecten hängt schliesslich auch der aggressive Charakter der exaltirten Kranken, welcher speciell in den höheren Graden der Exaltation selten zu fehlen pflegt, eng zusammen.

Das Vorkommen der secundären Exaltation ist erklärlicher Weise ganz durch das Vorkommen der ursächlichen primären heiteren Wahnideen und Hallucinationen bestimmt. Primäre Exaltation findet sich intercurrent gelegentlich bei jeder Psychose. Im Verlaufe der Dementia paralytica findet sich ungemein häufig vor, seltener nach dem oben erwähnten depressiven Stadium ein Stadium leichter primärer

Exaltation (hyperthymisches Stadium). Ein Zustand primärer Exaltation schliesst sich weiterhin in der Reconvalescenz oft an solche Psychosen an, welche während ihres Verlaufes vorzugsweise depressive Stimmung darboten, also namentlich an die Melancholie. Man bezeichnet diese die Reconvalescenz begleitende primäre Exaltation als reactive Hyperthymie. Endlich bildet die primäre Exaltation — analog dem Verhältniss der primären Depression zur Melancholie — das Cardinalsymptom einer bestimmten Psychose, nämlich der Manie.

Nicht selten beobachtet man, dass Phasen primärer Exaltation und Phasen primärer Depression ganz regelmässig abwechseln. Es folgt dann also z. B. auf ein primäres Depressionsstadium ein ausgesprochenes Stadium primärer Exaltation, dessen Intensität über diejenige einer leichten reactiven Hyperthymie weit hinausgeht. Nach kürzerer oder längerer Ruhe folgt wiederum ein Stadium primärer Depression, dem sich wiederum ein Stadium primärer Exaltation anschliesst. Dieser Cyclns wiederholt sich nun unzählige Male. In selteneren Fällen bildet das Exaltationsstadium die erste, das Depressionsstadium die zweite Phase eines jeden Cyclus. Ganz allgemein bezeichnet man Psychosen, welche in solchen Cyclen verlaufen, als circuläre Psychosen.

3. Krankhafte Reizbarkeit.

Man bezeichnet als krankhafte Reizbarkeit die specielle Tendenz zu den Affecten des Zorns und des Aergers. Das Pathologische der Affectanomalie liegt darin, dass Zornaffecte zn leicht, d. h. schon bei minimalen Anlässen, in abnormer Intensität und mit abnormer Nachhaltigkeit (als lange anhaltender Aerger) auftreten. Der Zorn ist ein entschiedenes Unlustgefühl, also ein negativer Affect, aber seine specielle Färbung bezw. sein Inhalt unterscheiden ihn total von dem Typus der negativen Affecte, der Traner oder Depression, wie wir sie oben betrachteten. Gewiss liegt bei dem Zorn auch eine schmerzliche Empfindung des eigenen Körpers vor: der Schlag z. B., den ich empfange, erbittert mich, aber die weiteren Irradiationen dieses Unlustgefühls betreffen nicht das Ich, sondern den Gegenstand oder die Person, auf welche wir unsere schmerzliche Empfindung, z. B. den Schlag, zurückführen. Der Zorn kehrt sich wider den Schlagenden. In den schwersten Fällen vergreift sich der Zornige in Folge immer weiterer Irradiationen auch an der leblosen Umgebung, er zertrümmert Gegenstände oder greift Unschuldige an, aber nur sehr selten wendet er sich gegen sich selbst. Das „Ich" bleibt von den Irradiationen des Unlustaffects — im stricten Gegensatz zu der oben besprochenen Depression — fast völlig verschont. Das Selbstgefühl ist meist gehoben. Der Zorn ist der Angriffsaffect κατ' ἐξοχήν.

Die Begleitempfindungen des Zorns spielen psychologisch keine erhebliche Rolle. Wir wissen noch nicht einmal genau, wie der Zorn Respiration und Circulation beeinflusst. Erstere zeigt während des Zornaffects meist grosse Unregelmässigkeiten: speciell überwiegen, bevor die Entladung des Zorns in explosiven Handlungen stattfindet, protrahirte, leicht abgesetzte Inspirationen und Exspirationen. Die peripheren Arterien sind auf der Höhe des Zornaffects meist eng contrahirt. Das Gesicht des Zornigen ist daher — entgegen der gewöhnlichen Ansicht — blass. Nur im Anfang des Zornaufalls und am Schluss desselben beobachtet man eine erhebliche Gefässerweiterung, speciell Congestionen zum Kopf. Die Pulswelle ist meist niedrig. Alle diese Veränderungen haben nur geringe Rückwirkung auf die psychologische Färbung des Affects. Es kommt daher auch selten zu einer Localisation des Zornaffects in eine bestimmte Körpergegend.

Der Einfluss des Zorns auf die Ideenassociation äussert sich meist in einer anfänglichen Verlangsamung des Vorstellungsablaufs, auf welche bei weiterem Anwachsen des Zorns plötzlich eine explosive Beschleunigung des Vorstellungsablaufs folgen kann. Ganz ähnlich, aber in viel bedeutsamerer Weise werden die Handlungen beeinflusst. Der Zorn zeigt nicht wie die heitere Erregung von Anfang an gesteigerte motorische Entladungen, sondern zunächst eine motorische Hemmung, und erst wenn eine Summation der motorischen Erregung bis zu einer gewissen Höhe stattgefunden hat, erfolgen mit explosiver Heftigkeit jähe, beschleunigte motorische Actionen. Das Gesammtbild derselben wird als die Tobsucht des Zorns bezeichnet. Charakteristisch für die Zornhandlungen ist die Abkürzung des Spiels der Motive. Die Empfindungserregung setzt sich ohne Dazwischentreten von Vorstellungen in die motorische Erregung um. Jede Ueberlegung fällt fort. Speciell bleiben hemmende Vorstellungen ganz aus. Rücksichtslos, auch mit Bezug auf das Wohl der eigenen Person, erfolgen die motorischen Entladungen. Dabei ist die Energie der Bewegungen zuweilen maasslos gesteigert. Auch hat man oft von einer Incoordination der Zornbewegungen gesprochen. Dies ist richtig, insofern der coordinirende und regulirende Einfluss von Vorstellungen auf ein Minimum reducirt ist; eine wirkliche Ataxie, auch eine corticale, im gewöhnlichen Sinne kommt nicht vor. Man spricht daher besser von einer Incohärenz der Zornhandlungen.*) Sehr häufig äussert sich diese Incohärenz übrigens auch in dem Vorstellungsablauf. Auf der Höhe des Zorns tauchen oft nur ganz abortiv einzelne Vorstellungen, deren associatives Band kaum zu erkennen ist, auf. Hiermit hängt es auch, wie bei Besprechung der Amnesie näher

*) So erklären sich auch die lallende Sprache des Zornigen und seine Anakoluthe in der Satzbildung.

zu erläutern sein wird, zusammen, dass der Kranke für die Motive seiner Zornhandlungen und nicht selten auch für die Zornhandlungen selbst eine lückenhafte Erinnerung hat.

Vorkommen der krankhaften Reizbarkeit. Das gelegentliche Hinzutreten pathologischer Zornmüthigkeit zu der heiteren Verstimmung wurde schon oben erwähnt und erklärt. Ganz abzusehen ist hier auch von den schweren secundären Zornaffecten, welche auf Grund von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen entsprechenden Inhalts auftreten. Das Pathologische liegt in diesen Fällen in den primären Wahnideen und Sinnestäuschungen, nicht in dem Zornaffect. Primäre Zornaffecte finden sich am häufigsten bei folgenden Psychosen:

1. dem angeborenen Schwachsinn;
2. den epileptischen Psychosen, namentlich der erworbenen epileptischen Demenz;
3. bei anderen Formen des erworbenen Schwachsinns;
4. dem neurasthenischen Irresein.

Die schwersten Zornaffecte findet man bei der Epilepsie. Man hat daher geradezu von einem Furor epilepticus gesprochen. Die krankhafte Zornmüthigkeit der Neurasthenie äussert sich öfter in der abnormen Nachhaltigkeit der Zornaffecte („der neurasthenische Aerger") als in der Heftigkeit des einzelnen Affects.

Sehr häufig ist krankhafte Reizbarkeit auch in den Initial- resp. Prodromalstadien vieler Psychosen. So begegnet man derselben oft unter den Vorläufersymptomen der Dementia paralytica, der Paranoia etc. Endlich ist auch in der Reconvalescenz mancher acuter Psychosen krankhafte Reizbarkeit nicht selten. Sie verbindet sich hier oft mit einer eigenthümlichen Weinerlichkeit. Diese weinerliche Zornmüthigkeit findet sich z. B. auch in der Reconvalescenz solcher Manien, welche auf der Höhe neben der heiteren Verstimmung gar keine oder nur geringfügige Zornaffecte gezeigt hatten.

4. Krankhafte Apathie.

Das pathologische Fehlen intellectueller Gefühlstöne und der zugehörigen reflectirten sensoriellen Gefühlstöne tritt bald allgemein auf bald beschränkt auf ganz bestimmte Vorstellungs- und Empfindungsgebiete.

Die allgemeine Apathie entspricht noch am meistem dem, was man populär als Apathie bezeichnet. Alle intellectuellen und reflectirten Gefühlstöne sind gleichmässig herabgesetzt oder aufgehoben. Am ausgesprochensten findet sich eine derartige Apathie bei manchen Fällen der Melancholie. Die Kranken gehen ausdrücklich an, sie könnten über

nichts mehr froh und über nichts mehr traurig sein, sie fürchteten und hofften, liebten und hassten nicht mehr, sie fühlten statt des Herzens einen gefühllosen Stein in der Brust. Der einzige Affect, der bei diesen Kranken zuweilen noch erhalten bleibt, ist das schmerzliche „Gefühl eben dieser Gefühllosigkeit", wie gebildete Kranke es direct selbst ausdrücken. Alles sonstige Affectleben ist erloschen. Ab und zu kommt diese generelle Apathie auch bei dem neurasthenischen Irresein sowie bei der Stupidität vor. So klagen manche Neurastheniker, ihr Idealismus und ihre Begeisterungsfähigkeit seien dahin, die Freude an der Natur, die Liebe zu ihren Angehörigen, das Interesse am Beruf seien ihnen verloren gegangen. Bei der gelegentlichen Apathie der Stupidität fehlt meist auch das Depressionsgefühl über die Gefühlskälte.

Mit der Annahme allgemeiner Apathie muss man im Allgemeinen sehr vorsichtig sein. Die Theilnahmlosigkeit vieler Geisteskranken an den Vorgängen in ihrer Umgebung ist nur in einer Minderzahl von Fällen durch allgemeine Apathie bedingt. Häufiger ist die Theilnahmlosigkeit nur eine äusserliche, indem der Kranke entweder willkürlich — z. B. auf Grund von Wahnideen oder Sinnestäuschungen — alle Affectäusserungen unterdrückt oder durch motorische Hemmung an Affectäusserungen verhindert wird.

Circumscripte Defecte der intellectuellen (und reflectirten) Gefühlstöne sind am häufigsten bei dem Schwachsinn. Bei dem angeborenen Schwachsinn kommt es überhaupt nicht zur Entwicklung gewisser intellectueller Gefühlstöne, bei dem erworbenen gehen gewisse intellectuelle Gefühlstöne allmählich verloren. Bei den schwersten Formen des angeborenen Schwachsinns beschränkt sich das ganze Gefühlsleben überhaupt auf einige sensorielle Gefühlstöne (Freude an der Sättigung, am glänzenden Licht, am flackernden Feuer und sexuelle Befriedigung), und ganz dasselbe finden wir in den schwersten Endstadien des erworbenen Schwachsinns. In diesen extremsten Fällen könnte man eventuell auch von allgemeiner Apathie reden. Viel häufiger ist der Defect, der angeborene wie der erworbene, ein circumscripter. Bei dem angeborenen Schwachsinn mittleren Grades sind Zorn, Neid, Hass, Liebe, Dankbarkeit, Hoffnung, Furcht u. s. w. oft wohl entwickelt, aber die sog. geistigen Interessen kommen nicht zur Entfaltung. Die sorgfältigste Erziehung vermag bei dem Kranken, der gebildeten Kreisen entstammt, nicht das Interesse für Kunst oder Wissenschaft, bei dem Landmann nicht das Interesse an seinen Berufsgeschäften zu erwecken. Endlich existiren leichtere Formen des angeborenen Schwachsinns, bei welchen der Gefühlsdefect sich auf die sog. ethischen bezw. altruistischen Gefühlstöne beschränkt. Bei diesen Kranken sind die egoistischen Gefühle sogar erheblich gesteigert, aber die Gefühlstöne, welche die ethischen Vor-

stellungen begleiten, sind verkümmert. Es wurde früher erwähnt, dass bei den leichten Graden des angeborenen Schwachsinns oft nicht einmal die ethischen Vorstellungen als solche gebildet werden; der Kranke lernt wohl die Worte: gut, böse, Recht, Unrecht u. dgl. aussprechen, aber er verbindet keinen adäquaten Sinn mit denselben. In den allerleichtesten Graden des angeborenen Schwachsinns sind sogar diese Vorstellungen als solche in annähernd normaler Weise zur Ausbildung gelangt, aber die normale Gefühlsbetonung ist ausgeblieben. Der Kranke weiss wohl, was „böse" und was „gut" bedeutet, aber der negative Gefühlston, der bei dem Gesunden sich mit der ersteren Vorstellung, und der positive, der sich mit der letzteren verknüpft, fehlt ihm. Da nun der Einfluss einer Vorstellung im Spiel der Motive ganz wesentlich von der Intensität ihres Gefühlstons abhängig ist, so haben bei diesen Kranken ethische Begriffe so gut wie gar keinen Einfluss auf die Handlungen. So kommt es, dass unmoralische oder verbrecherische Handlungen bei ihnen sich fortgesetzt häufen. Man hat diese Form des Schwachsinns daher auch geradezu als „moralisches Irresein" bezeichnen wollen.

Bei dem erworbenen Schwachsinn sind es andrerseits wieder diese ethischen Gefühlstöne, welche dem Patienten zuerst verloren gehen. Er verliert das Gefühl für Schicklichkeit und Anstand. In seinen Aeusserungen und Handlungen wird er tactlos und cynisch. Namentlich leidet auch das sexuelle Schamgefühl schon früh. Die Wahrheitsliebe geht verloren. Namentlich für die alkoholistische Demenz ist die zunehmende Unwahrhaftigkeit bezeichnend. Die Begeisterungsfähigkeit für das Schöne und Gute erlischt. Die Gefühlsunterscheidung zwischen Recht und Unrecht wird unsicher. Auch bei dem erworbenen Schwachsinn sind die ethischen Begriffe als solche oft noch lange erhalten, aber einflusslos geworden, weil ihre Gefühlstöne zu Grunde gegangen sind. An die Stelle des Mitleids tritt die Schadenfreude, an die Stelle der Mitfreude der Neid. Selbstverständlich giebt es zahllose gesunde Individuen, welche zu Schadenfreude und Neid zeitlebens neigen. Es ist also nicht die nackte Thatsache als solche, welche bei den erwähnten Kranken auffällt, vielmehr nur die Charakterveränderung. Für beginnende Krankheit beweisend sind diese Gefühlsdefecte nur, wenn sich nachweisen lässt, dass die untersuchte Person früher anders geartet war und erst seit einer bestimmten Epoche jene Verrohung wahrnehmen lässt. Im weiteren Verlauf des erworbenen Schwachsinns können diese Gefühlsdefecte fortgesetzt zunehmen. Auch das Interesse an Beruf, Familie und Besitz kann untergehen und es kann schliesslich zu jener oben erwähnten allgemeinen Apathie kommen, bei welcher das Gefühlsleben auf einige wenige sensorielle Gefühlstöne eingeengt ist.

Ausser bei dem Schwachsinn kommt ein circumscripter Defect

der Gefühlstöne der complicirteren Vorstellungen auch bei manchen chronischen Psychosen ohne Intelligenzdefect vor. So tritt namentlich bei chronischen Kranken mit Wahnvorstellungen oder Zwangsvorstellungen häufig eine solche Einengung des Horizonts der geistigen Interessen ein. Man hat diesen Zustand auch als Pseudodemenz (Magnan) bezeichnet. Hier liegt keinerlei Intelligenzdefect vor, vielmehr ist hier der Gefühlsdefect eine Folge der einseitigen, ausschliesslichen Beherrschung der Ideenassociation durch einige wenige pathologische Vorstellungen. Jahrelang kommen andere Vorstellungsreihen letzteren gegenüber nicht auf, das Interesse an den krankhaften Vorstellungen überwiegt so sehr, dass andere complicirtere Interessen erstickt werden. Mangels jeder Reproduction der zugehörigen Vorstellungen nehmen letztere langsam ab. Bei diesen Kranken leidet weniger das Gefühl für Anstand und Sitte, Recht und Unrecht, sondern es verkümmern namentlich die socialen und altruistischen Gefühle sowie die Interessen an Kunst, Wissenschaft, Politik u. s. w. Das Denken der Kranken wird durchaus egocentrisch, ihr Handeln durchaus egoistisch. Auch bei chronischer Neurasthenie kommt es nicht selten zu diesen Gefühlsdefecten. Selbst bei einfachen chronischen körperlichen Krankheiten (ohne ausgesprochene Psychose) sowie im Senium kann die einseitige Beschäftigung mit den körperlichen Leiden bezw. den körperlichen Gebrechen ganz ähnliche Defecte bedingen. Im Senium ist geradezu eine mässige Einengung der intellectuellen Gefühle in dieser Richtung noch als physiologisch anzusehen.

5. Krankhafte Veränderlichkeit der Gefühle resp. Stimmungen.

Die intellectuellen und reflectirten Gefühlstöne des Geistesgesunden haben eine gewisse Beharrlichkeit. Auf Grund bestimmter Irradiationen resp. Reflexionen entstanden, bleiben sie bestehen, bis im Lauf längerer Zeit neue Sinnesempfindungen die alten associativen Verknüpfungen und damit auch die früheren Irradiationen zu Gunsten anderer Constellationen verschoben haben. Bei Geisteskranken sind die Gefühlstöne und ihre Resultanten, die Stimmungen, oft viel labiler. Ein Scherzwort, geschickt oder ungeschickt gewählt, kann genügen, manchen Kranken, der eben noch über Vergiftung oder Freiheitsberaubung weint und zürnt, in die heiterste Stimmung zu versetzen. Der Gesunde lächelt wohl gelegentlich auch unter Thränen, diesem weinenden Lächeln des Gesunden liegt jedoch ein entsprechend gemischter Vorstellungsinhalt zu Grunde. Bei jenen Geisteskranken beruht die Labilität der Stimmung hingegen darauf, dass der traurige Vorstellungskreis des ersten Augenblicks im nächsten Augenblicke schon dem Bewusstsein des Kranken verschwunden

ist. Damit hängt es zusammen, dass diese pathologische Labilität der Stimmungen ganz vorzugsweise bei geistigen Schwächezuständen, also vergesellschaftet mit Intelligenzdefect vorkommt. Die Lockerung der associativen Verknüpfungen, welche für den Intelligenzdefect meist charakteristisch ist, hat zur Folge, dass auch die irradiirten Gefühlstöne nicht fest haften. Daher kann eine neue Empfindungs- oder Vorstellungsreihe, wie z. B. in dem eben erwähnten Falle das Scherzwort des Arztes, schon binnen eines Augenblicks neue Irradiationen der Gefühlstöne bedingen und dadurch einen Stimmungsumschlag herbeiführen. Speciell ist diese Stimmungslabilität für Dementia paralytica ungemein charakteristisch.

Mit dieser Labilität der Stimmung, welche soeben gekennzeichnet worden ist und als primäre bezeichnet werden kann, ist die secundäre labile Stimmung nicht zu verwechseln, welche ungemein häufig in Folge einer pathologisch-gesteigerten Unbeständigkeit und Zusammenhangslosigkeit des Vorstellungs- oder Empfindungsinhalts auftritt. Das Krankhafte liegt im letzteren Falle gar nicht auf dem Gebiet der Affecte. Wenn z. B. bei einem Kranken, wie das öfter vorkommt, Hallucinationen traurigen und heiteren Inhalts im buntesten, regellosesten Wechsel auftreten, so ist der Stimmungswechsel als solcher durch den Wechsel des Empfindungsinhalts völlig ausreichend motivirt. Oder, wenn Wahnvorstellungen des entgegengesetzten Inhalts aufeinander folgen (z. B. bei der Paranoia simplex acuta) oder sog. „Einfälle“ traurigen und heiteren Inhalts sich jagen (z. B. bei der ideenflüchtigen Form der Paranoia und namentlich bei hysterischen Psychosen*), so findet wiederum die labile Stimmung ihre ausreichende Erklärung in dem jähen Wechsel des Vorstellungsinhalts. Diese secundäre Labilität der Stimmung hat sonach diagnostisch keine erheblichere Bedeutung.

Die soeben besprochenen Veränderlichkeiten der Stimmung waren dadurch charakterisirt, dass ein Minimum neuer Empfindungen durch Anregung neuer Vorstellungen genügt, die Stimmung umzuformen. Andere pathologisch jähe Stimmungsänderungen treten auf, ohne dass überhaupt der Empfindungsinhalt sich in irgend bemerkbarer Weise ändert, vielmehr sind dieselben auf plötzliche kleine Schwankungen des Vorstellungsinhalts zurückzuführen. Eine Kranke ist z. B. im heiteren Gespräch begriffen, plötzlich taucht ihr ein vereinzeltes, für den Augenblick ganz bedeutungsloses unangenehmes Erinnerungsbild auf und dies genügt die ganze Stimmungslage umzukehren. Auch

*) Hier speciell oft mit einem eigenartig theatralischen Anstrich. Bei der hypochondrischen Form der Neurasthenie ist der Nachlass gewisser hypochondrischer Empfindungen und Vorstellungen oft genügend, um einen jähen Stimmungsumschwung in positiver Richtung herbeizuführen.

die reflectirten Gefühlstöne der Empfindung wechseln plötzlich. An die Stelle exaltirter Liebesversicherungen treten Worte des Hasses. Die Beschäftigung, welche die Kranke eben noch rühmte, flösst ihr plötzlich Widerwillen ein. Sehr häufig deckt sich diese Anomalie mit dem, was man im gewöhnlichen Leben als Launenhaftigkeit bezeichnet. Pathologische Steigerungen dieser Launenhaftigkeit sind namentlich für die Hysterie charakteristisch. Bei dieser Psychoneurose genügen sogar öfter Verschiebungen innerhalb der latenten Erinnerungsbilder, also corticale Erregungsschwankungen der R_1's in den Erinnerungszellen, welche die psychische Schwelle nicht überschreiten d. h. dem Individuum nicht zum Bewusstsein kommen, jähe Stimmungsänderungen hervorzurufen. Man kann diese Form der Stimmungslabilität, welche durch leichte Schwankungen des Vorstellungsinhalts bedingt ist, wegen ihrer ganz überwiegenden Häufigkeit bei Hysterie, auch direct als die „hysterische Stimmungslabilität" bezeichnen.

Die Zahl der pathologischen Stimmungsveränderungen ist mit den 5 soeben aufgezählten und beschriebenen in keiner Weise erschöpft. Zwischen denselben kommen die mannigfachsten Uebergänge und Combinationen vor. Die Zornmüthigkeit des Epileptikers verbindet sich mit dem ethischen Gefühlsdefect der epileptischen Demenz u. s. f. Die angeführten Störungen sind nur die typischsten und häufigsten und daher für die Diagnostik am bedeutsamsten. Bei Besprechung der einzelnen Psychosen in der speciellen Pathologie werden noch viele eigenthümliche pathologische Veränderungen der Stimmung und des Charakters zur Sprache kommen müssen.

Viel seltener als die allgemeinen oder wenigstens auf ganze Vorstellungsgruppen sich erstreckenden Anomalien des Gefühlstons sind isolirte auf eine einzige Vorstellung beschränkte Anomalien des Gefühlstons. Der häufigste Fall solcher isolirten Anomalien des intellectuellen und reflectirten Gefühlstons findet sich bei den sog. Intensionspsychosen. L. Meyer erzählt z. B. folgenden Fall. Ein neuropathisch veranlagter Jurist glitt auf einer Erholungsreise in der Schweiz auf einem gepflasterten Saumpfade eines Alpenpasses aus und verstauchte sich den Fuss. Dabei fühlte er einen Drang hinzufallen und musste sich auf den Führer stützen. Als er nach Wiederherstellung seines Fusses denselben, übrigens ganz gefahrlosen Weg wieder zurücklegte, fühlte er eine solche Unsicherheit, dass er sich wieder auf den Führer stützen musste. Seitdem überfällt ihn dieselbe Angst und Unsicherheit, sobald er in seiner Heimathstadt einen gepflasterten Platz oder eine breite gepflasterte Strasse zu überschreiten hat.

Die psychopathologische Genese dieser Angst ist offenbar folgende. Die an sich gleichgültige Gesichtsempfindung des Pflasters des Saumwegs und die unangenehme Empfindung der Verstanchung fanden gleichzeitig statt. Die von beiden Empfindungen zurückbleibenden Erinnerungsbilder stehen daher in associativer Verknüpfung, und nach dem Gesetz der Irradiation überträgt sich der negative Gefühlston der Vorstellung der Verstanchung auch auf das Erinnerungsbild des gepflasterten Pfades. Weiterhin empfängt auch die später sich wiederholende Empfindung desselben gepflasterten Pfades vermöge der früher besprochenen Reflexion einen negativen Gefühlston. Als daher der Kranke auf der Rückkehr den Weg wieder passirt, wiederholt sich das Angstgefühl. So weit bleibt der ganze Process der Uebertragung der Gefühlstöne bei dem Kranken im Wesentlichen noch innerhalb physiologischer Grenzen. Aber die Irradiation und Reflexion geht bei ihm weiter. Der negative Gefühlston überträgt sich auf die Vorstellung und die optische Empfindung j e d e s von dem Kranken zu überschreitenden g e p f l a s t e r t e n Platzes und Weges. Die Erinnerung an den früher stattgehabten Unfall braucht in solchen Fällen künftig gar nicht mehr aufzutauchen. Die Vorstellung der Ueberschreitung eines gepflasterten Platzes mit der zugehörigen optischen Empfindung ist an sich direct von einem negativen Gefühlston, einem Angstgefühl begleitet, und letzteres ist so mächtig, dass der Kranke weite Umwege macht, um sich die Ueberschreitung eines gepflasterten Platzes zu ersparen.*) Offenbar handelt es sich hier um eine Ausdehnung und Verallgemeinerung der Irradiation und Reflexion für ein e i n z e l n e s bestimmtes Erinnerungsbild, welche über die normalen Grenzen weit hinausgeht. Viele pathologische Idiosynkrasien, Antipathien und Sympathien erklären sich in analoger Weise. Im Allgemeinen tendiren die negativen Gefühlstöne viel mehr zu solchen isolirten pathologischen Irradiationen als die positiven.

Einige andere gelegentlich noch vorkommende Anomalien isolirter Irradiation und Reflexion der Gefühlstöne sind zu selten, als dass sie hier eine besondere Besprechung verdienten. Auch sind dieselben Erklärungsprincipien für alle diese Störungen in ganz analoger Weise anzuwenden.

d. Störungen der Ideenassociation.

Die Ideenassociation stellt sich als eine fortlaufende Reihe E V_1 V_2 V_3 V_4 . . . . B dar. Sie beginnt mit der Empfindung und endet

*) Hierher gehören auch viele Fälle der später zu erwähnenden Platzangst. Pathologische Irradiation von Gefühlstönen ist eine ziemlich häufige Ursache derselben, doch giebt es noch zahlreiche andere Entstehungsweisen.

mit der Bewegung. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass *während* des Ablaufs der Vorstellungsreihen, also intercurrent noch weitere Empfindungen auftreten. Dem sncccessiven Auftreten der Vorstellungen V_1 V_2 u. s. f. entspricht auf materiellem Gebiet die mehrfach erwähnte Verwandlung der R_l's in R_v's. Die materiellen Residnen früher Empfindungserregungen werden durch den in der Hirnrinde fortschreitenden Associationsprocess in der Art verwandelt, dass ein psychischer Parallelprocess, eben die Vorstellung, zu ihnen hinzutritt. Dieser Verwandlungsact wird anch als Weckung oder Reprodnction bezeichnet. Man denkt sich, dass die Vorstellungen virtuell oder latent anch schon die R_l's, die materiellen Residnen früherer Empfindungserregungen, begleiteten, und dass der Process der Ideenassociation sie ans ihrer Latenz weckt oder, wie man sich anch ausdrückt, über die psychische Schwelle, d. i. die Schwelle des Bewusstseins hebt.

Der Weg des Associationsprocesses in der Hirnrinde oder — psychologisch gesprochen — die Auswahl und Reihenfolge der Vorstellungen in der Ideenassociation ist durch ganz feste Gesetze bestimmt. Diese Gesetze sind folgende.

Erstens: auf eine Empfindung E folgt diejenige Vorstellung als V_1, deren zu Grunde liegende Empfindnng E_f die grösste Aehnlichkeit mit E hat. Man neunt dies Princip das Princip der Aehnlichkeitsassociationen. Weun ich eine Person wiedersehe (E), welche ich früher hereits einmal geseben hahe (E_f) und welcbe damals in mir ein optisches Erinnerungsbild R_l hinterlassen hat, so tancht zuerst das Erinnerungsbild des früheren Sebens in mir auf: d. h. R_l, das latente Erinnerungsbild, wird in R_v verwandelt und dementsprechend tritt V_1 auf. Oder ich sehe eine rosenähnliche Blume: dasjenige latente Erinnerungshild, dessen zu Grunde liegende Empfindung die grösste Aehnlichkeit mit der jetzigen Empfindung hat, ist die Vorstellung der Rose. Daher ist die erste Vorstellung, welcbe bei dem Sehen der rosenähnlichen Blume in mir auftancbt, diejenige der Rose oder: wie wir es gewöhnlich ausdrücken, die neue Blume „erinnert“ micb an eine Rose. Bestebt zwiscben E und V_1 resp. dem E_f, von dem V_1 stammt, Gleichheit, so findet das sog. *Wiedererkennen* statt. Unsere Ideenassociation beginnt also zuweilen, nicht stets mit einem Wiedererkeunen.*)

Zweitens: Die *weitere* Vorstellungsfolge V_2, V_3, V_4 u. s. f. wird hauptsächlich durch das Princip der Gleichzeitigkeitsassociation bestimmt. Dies Princip lautet: Jede Vorstellung ruft als ihre Nachfolgerin stets

*) Streng genommen enthält jedes Wiedererkennen bereits ein Urtheil, indem die neue Empfindung ausdrücklich als der früheren Empfindung *gleich* erkannt wird. Vgl. *Ziehen*, Leitfaden, Vorl. 10.

eine associativ verwandte Vorstellung hervor; associativ verwandt sind aber solche Vorstellungen, die entweder selbst oder deren zu Grunde liegende Empfindungen oft gleichzeitig aufgetreten sind. So habe ich z. B. oft gleichzeitig eine Rose gesehen und an ihr gerochen. In Folge dessen besteht eine enge associative Verwandtschaft zwischen der Vorstellung des Rosenduftes und der Vorstellung der Roseuform, und in Folge dieser associativen Verwandtschaft fällt mir der Duft der Rose ein, wenn ich an die Form der Rose denke, und umgekehrt, oder mit anderen Worten, die Gesichtsvorstellung der Rose V_1 ruft als ihre Nachfolgerin V_2 die Duftvorstellung der Rose hervor. Die physiologische Erklärung für dies Princip der Gleichzeitigkeitsassociation liegt auf der Hand: bei dem öfteren gleichzeitigen Auftreten von V_1 und V_2 (resp. R_{v1} und R_{v2}) ist die Verbindungsbahn der beiden Rindenelemente G_1 und G_2, in welchen R_{v1} und R_{v2} sich abspielen, jedes Mal miterregt worden und daher besonders leitungsfähig, oder, wie man auch sagt, ausgeschliffen worden. Die Folge dieses Ausschleifens ist, dass eine Rindenerregung, welche in G_1 aufgetreten ist, unter den zahllosen Faserwegen, welche sich ihr zur weiteren Fortpflanzung öffnen, gerade den nach G_2 führenden als die Bahn des geringsten Leitungswiderstandes wählt und daher gerade R_{12} in R_{v2} verwandelt und damit V_2 über die psychische Schwelle hebt. — Das eben angeführte Beispiel war insofern besonders durchsichtig, als es sich um die Association zweier einfacher Vorstellungen handelte. Thatsächlich sind nun aber unsere meisten Vorstellungen nicht einfach, sondern höchst zusammengesetzt. Wir sahen ja auch, dass dementsprechend die meisten Vorstellungen nicht an ein Rindenelement gebunden sind, sondern an viele über die ganze Hirnrinde zerstreute Elemente. Demgemäss vollzieht sich auch die Gleichzeitigkeitsassociation meist nicht zwischen zwei einfachen Vorstellungen V_1 und V_2, sondern zwischen den zahlreichen in V_1 und V_2 enthaltenen Theilvorstellungen resp. Theilerregungen. Auch für diese complexen Vorstellungen gilt das Gesetz der Gleichzeitigkeitsassociation. Dabei erhebt sich die Frage: welche von den vielen mit V_1 oder seinen Theilvorstellungen associativ verknüpften Vorstellungen wird nun thatsächlich auf V_1 folgen und die Stelle V_2 besetzen, oder anders gefragt: warum folgt auf V_1 in dem einen Fall die Vorstellung a, in dem anderen b u. s. f.? Warum schliesst sich an das Erinnerungsbild eines Freundes einmal die Vorstellung einer Landschaft, die wir mit ihm gesehen, ein ander Mal die Vorstellung der Stadt, in der er jetzt weilt, ein drittes Mal vielleicht die Vorstellung des Amts, das er bekleidet u. s. w.? Es findet gewissermaassen ein Wettbewerb zahlreicher Vorstellungen a, b, c, d u. s. f. um die Stelle V_2 statt. Was giebt nun die Entscheidung zu Gunsten heute dieser, morgen jener Vorstellung? Man könnte sich

denken, dass einfach der Grad der associativen Verwandtschaft entscheidend wäre. Wäre dieser Factor allein maassgebend, so würde auf eine Vorstellung V_1 stets diejenige Vorstellung als V_2 folgen, welche am häufigsten und zwar speciell neuerdings am häufigsten gleichzeitig mit V_1 aufgetreten ist. Aber ausser der associativen Verwandtschaft wirken noch andere Factoren auf den Verlauf der Ideenassociation ein, so kommt namentlich der Gefühlston der um die Stelle V_2 sich gewissermaassen bewerbenden Vorstellungen in Betracht. Vorstellungen, welche von lebhafteren Gefühlstönen, sie seien positiv oder negativ, begleitet sind, haben grössere Chancen in dem Wettbewerb der Ideenassociation aus R_l's R_v's zu werden und damit aus ihrer Latenz herauszutreten. Denken wir z. B. an eine Stadt, in welcher wir früher gewesen sind, so erinnert uns die Wortvorstellung des Namens der Stadt in der übergrossen Mehrzahl der Fälle zuerst an das Angenehme und Unangenehme, das wir dort erlebt haben. Wir wenden uns denjenigen Vorstellungen zu, welche uns die interessantesten sind, oder, anders ausgedrückt, alle von erheblicheren Gefühlstönen begleiteten Erinnerungsbilder tauchen zuerst auf. — Schon durch das Zusammenwirken dieser beiden Factoren, der associativen Verwandtschaft zu V_1 und des Gefühlstons, ist unserer Ideenassociation bei aller eindeutigen Bestimmtheit eine breite Variabilität gesichert. Aber es kommt noch ein dritter Factor hinzu, den man als die Constellation der latenten Erinnerungsbilder bezeichnen kann. Seien a, b, c, d, e fünf latente Vorstellungen, die vor allem vermöge naher associativer Verwandtschaft zu V_1 und vermöge starken Gefühlstones als Nachfolgerinnen von V_1 in Betracht kommen. Die Rindenelemente, in denen die entsprechenden R_l's niedergelegt sind, sind durch Associationsbahnen verknüpft. Wir haben nun anzunehmen, dass durch diese Associationsbahnen die R_l's, die latenten Vorstellungen, sich gegenseitig beeinflussen, und zwar bald im Sinne einer gegenseitigen Hemmung, bald im Sinne einer gegenseitigen Anregung. Diese gegenseitige Hemmung und Anregung unter den Vorstellungen a, b, c, d, e hat zur Folge, dass eine vorzugsweise von Hemmungen getroffene Vorstellung trotz nächster associativer Verwandtschaft zu V_1 und lebhaftesten Gefühlstones im Wettbewerb der Vorstellungen unterliegt, während eine andere in diesen beiden Punkten vielleicht sogar ungünstiger gestellte Vorstellung vermöge der Abwesenheit solcher Hemmungen und begünstigt von Anregungen siegt, d. h. als V_2 auf die Anfangsvorstellung V_1 folgt. Es ist also die Vorstellungsfolge V_2, V_3, V_4 u. s. f. durch drei Momente bestimmt:

1. Den Grad der associativen Verwandtschaft zur vorausgebenden Vorstellung.
2. Den Gefühlston.

3. Die Constellation.

Nur so erklärt sich die unerschöpfliche Variabilität unseres Gedankenablaufs.

Bei dem gesunden Menschen beschränkt sich die Ideenassociation in der Regel nicht auf eine nach den eben angeführten Gesetzen vor sich gehende Reihenbildung der Vorstellungen. Auf einer höheren Stufe reiht die Ideenassociation die Vorstellungen nicht einfach aneinander, sondern sie verbindet die successiven Vorstellungen zu Urtheilen und Schlüssen. In dem Urtheil „die Rose ist schön" sind nicht drei Vorstellungen discret aneinander gereiht, sondern die Vorstellungen „Rose" „ist" „schön" stehen untereinander in durchgängiger Beziehung. Wir bezeichnen diese Form der Ideenassociation als Urtheilsassociation. Das normale Denken vollzieht sich ganz vorwiegend in solchen Urtheilsassociationen.

Die normale Ideenassociation hat eine bestimmte Geschwindigkeit, welche bei den verschiedenen Individuen und zu verschiedenen Zeiten bei demselben Individuum nur innerhalb verhältnissmässig enger Grenzen schwankt. Erheblichere Veränderungen der Associationsgeschwindigkeit treten ein, sobald die Stimmung des Individuums wechselt. Für die Psychopathologie ist folgendes Gesetz am wichtigsten: Positive Gefühlstöne beschleunigen, negative verlangsamen den Vorstellungsablauf.

Die pathologischen Störungen der Ideenassociation sind einzutheilen in

Allgemeine Associationsstörungen

- α. Krankhafte Beschleunigung der Ideenassociation (Ideenflucht).
- β. Krankhafte Verlangsamung der Ideenassociation (Denkhemmung).
- γ. Störung des Zusammenhangs der Ideenassociation (Incohärenz).

Specielle Associationsstörungen der Urtheilsbildung

- α. Fälschungen der Urtheilsassociationen (Wahnideen und Zwangsvorstellungen).
- β. Defecte der Urtheilsassociationen (Urtheilsschwäche).

Dazu kommen noch die speciellen Störungen, welche den ersten Act, mit welchem die Ideenassociation überhaupt beginnt, das Wiedererkennen und das Aufmerken, befallen. Wir beginnen die Besprechung der Störungen der Ideenassociationen mit den Störungen des Wiedererkennens.

Störnngen des Wiedererkennens.

Das Wiedererkennen besteht darin, dass eine Empfindung E nach dem Princip der Aehnlichkeitsassociationen eine Vorstellung V hervorruft, welche das Erinnerungsbild früherer ähnlicher oder gleicher Empfindungen ist.

Das Wiedererkennen ist aufgehoben resp. gestört in folgenden Fällen:

1. Durch Verlust der erforderlichen Erinnerungsbilder;
2. in Folge allgemeiner hochgradiger Verlangsamnng der corticalen Associationen;
3. in Folge von Incohärenz der Ideenassociation.

1. Die Störung des Wiedererkennens dnrch den Verlust von Erinnerungsbildern kann sich auf ein einziges Sinnesgebiet beschränken. So kann z. B. der Verlust der optischen Erinnerungsbilder die isolirte Aufhebung des optischen Wiedererkennens zur Folge haben: die Kranken sehen noch, erkennen aber nicht wieder, was sie sehen. Man bezeichnet diese specielle Störung des Wiedererkennens als Seelenblindheit. Von dieser sowie von den analogen Zuständen der Seelentaubheit etc. ist früher bereits ausführlich die Rede gewesen. Auch die allgemeinen, d. h. alle Sinnesgebiete betreffenden Störungen des Wiedererkennens, welche durch den diffusen Verlust oder die mangelhafte Bildnng der sinnlichen Erinnerungsbilder bedingt sind, wurden bereits erwähnt. Sie sind für den angeborenen nnd den erworbenen Schwachsinn charakteristisch. Dabei ist es keineswegs nothwendig, dass ein bestimmtes zusammengesetztes Erinnerungsbild bis auf die letzte Spur zu Grunde geht, vielmehr handelt es sich oft nur um eine pathologische Verblassnng desselben.

2. Bei den höheren Graden der Denkhemmnng, d. h. der Verlangsamung der Ideenassociation, ist anch das Wiedererkennen regelmässig verlangsamt nnd erschwert. In den höchsten Graden bleibt es völlig aus. Die Sinnesempfindnng ist also in solchen Fällen völlig normal und auch das zugehörige Erinnerungsbild gut erhalten, aber die Erregung der Erinnerungszellen von den Sinneszellen aus geht so langsam von statten, dass es gar nicht oder nur spät zu dem Act des Wiedererkennens kommt.

3. Wenn die Ideenassociation überhaupt ihren Zusammenhang verloren hat, so spricht man von Dissociation oder Incohärenz (Verwirrtheit). Als Theilerscheinnng der allgemeinen Incohärenz findet man regelmässig anch eine Störung des Wiedererkennens. Solche Kranke verwechseln die Personen ihrer Umgebnng ebenso wie die einfachsten Gegenstände. Dehnt sich diese allgemeine Verkennung anch auf Auf-

enthaltsort und Datum aus, so entsteht das wichtige Symptom der Unorientiertheit. Man könnte oft glauben, dass solche Personenverwechslungen durch Hallucinationen oder wenigstens durch Illusionen bedingt sein müssen. Dies ist unrichtig. Hallucinationen und Illusionen können völlig fehlen. Ebenso liegt oft die irrthümliche Annahme nahe, man habe es mit einem Paraphasischen zu thun, weil der Kranke die ihm vorgelegten Gegenstände falsch bezeichnet. Dabei ist jedoch eine Paraphasie im gewöhnlichen Sinne nicht vorhanden. Der Kranke bezeichnet die Gegenstände falsch, weil seine Sinnesempfindungen in Folge der allgemeinen Incohärenz auch auf sprachlichen Gebiet falsche Associationen auslösen. Will man diese Störung in der Bezeichnung der Gegenstände in das übliche Schema der aphasischen Störungen einfügen, so hätte man sie als transcorticale Paraphasie zu bezeichnen. Eine solche transcorticale Paraphasie und auch Aphasie kann zuweilen auch durch Heerderkrankungen hervorgerufen werden und pflegt sich dann auf die Empfindungen eines bestimmten Sinnesgebietes zu beschränken. So bezeichnet man als optische Aphasie einen Zustand, in welchem der Kranke Gegenstände, welche er sieht, nicht richtig oder garnicht zu benennen vermag; sobald er den gesehenen Gegenstand auch betasten darf, fällt ihm das richtige Wort ein. Eine solche isolirte optische transcorticale Aphasie bezw. Paraphasie beruht auf einer Heerderkrankung, welche die grosse Associationsbahn zwischen der occipitalen Sehsphäre und den Sprachcentren des Schläfen- und Stirnlappens ganz oder theilweise unterbricht. Die allgemeine transcorticale Paraphasie, welche in dem oben angegebenen Sinn eine Theilerscheinung der allgemeinen Incohärenz ist, beruht wie diese letztere in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auf einer diffusen functionellen Associationsstörung der Hirnrinde.

Das Symptom des Verkennens von Gegenständen oder Personen ist jedenfalls ein ungemein vieldeutiges und bedarf stets einer genauen Analyse. Die verschiedenen Möglichkeiten, welche für die letztere in Betracht kommen, sollen an einem bestimmten Beispiel von Personenverwechslung dargelegt werden. Eine Kranke begrüsst den Arzt als ihren Ehemann. Diese Personenverwechslung kann beruhen:

1. auf einer unvermittelten Illusion: d. h. die Kranke sieht im fraglichen Augenblick thatsächlich die Züge des Arztes so verändert, dass sie denen ihres Gatten gleichen;

2. auf einer illusionären Auslegung oder vermittelten Illusion: die Kranke sieht die Züge des Arztes ebenso verändert, aber diese Transformation der Empfindung ist unter dem Einfluss einer bestimmten Wahnidee zu Stande gekommen; die Kranke wähnt, der Arzt sei ihr Ehemann, und dieser Wahn bestimmt die Illusion;

3. auf einer Wahnvorstellung ohne Illusion: die Kranke sieht den Arzt so, wie er thatsächlich aussieht, und trotzdem*) erklärt sie denselben für ihren Gatten. Dabei kann diese Wahnvorstellung in der verschiedensten Weise entstanden sein. Die thatsächliche Unähnlichkeit wird in solchen Fällen von der Kranken ignorirt oder durch allerhand Hypothesen zu erklären versucht; so giebt die Kranke an, ihr Ehemann müsse sich wohl verkleidet haben oder verwandelt worden sein u. dgl. m. Zuweilen sagt die Kranke auch direct, die Unähnlichkeit sei ihr räthselhaft, aber an der Identität könne sie nicht zweifeln;

4. auf allgemeiner Incohärenz: Die Personenverwechslung ist hier nur die Theilerscheinung der allgemeinen Dissociation. Dementsprechend wechselt sie von Minute zu Minute, während die unter 1—3 aufgeführten Personenverwechslungen stabiler zu sein pflegen;

5. auf Undeutlichkeit der in Frage kommenden Erinnerungsbilder: Das Erinnerungsbild des Gatten hat bei der Kranken so sehr an Deutlichkeit oder Schärfe eingebüsst, dass es in der Ideenassociation, speciell bei dem Wiedererkennen falsch angewandt wird. Diese Form der Personenverwechslung ist bei dem Schwachsinn am häufigsten.

Endlich ist zu berücksichtigen, dass viele Kranke, wie sie bei eindringlichem Fragen nachträglich selbst zugestehen, „Theater spielen", d. h. trotz besseren Wissens ihrer Umgebung falsche Namen beilegen. Namentlich bei der heiteren Exaltation des Maniakalischen ist dies recht häufig. Gelegentlich kommt es jedoch auch ohne Affectanomalie auf Grund plötzlicher Einfälle oder auf Grund imperativer Stimmen („thu', als wäre es der und der!") vor. Auch wird man selbstverständlich stets erwägen müssen, ob die Sehschärfe intact ist. Die Personenverkennungen mancher Alkoholisten beruhen z. B. nicht auf Illusionen oder Associationsstörungen, sondern auf Sehstörungen infracorticalen Ursprungs, sei es im Bereich der Opticusbahn, sei es im Auge selbst.

Eine eigenartige Störung des Wiedererkennens wird als „identificirende Erinnerungstäuschung" bezeichnet. Der Kranke glaubt fälschlich die Situation, in welcher er sich jetzt befindet, mit allen Details bereits früher einmal erlebt zu haben. So erzählt ein chronischer Alkoholist kurz nach seiner Aufnahme, er habe vor 6 Jahren bereits eine ganz analoge Einlieferung in dieselbe Anstalt erlebt, er sei damals in demselben Zimmer untergebracht, von demselben Arzt untersucht worden und mit denselben Kranken zusammengewesen. Auch weiterhin blieb er fest bei dieser Behauptung, die jeder thatsächlichen Unterlage

*) Dass stets auch an die Möglichkeit einer wirklichen Aehnlichkeit gedacht werden muss, ist selbstverständlich. — Seltener kommt es vor, dass eine Kranke ihre Angehörigen auf Grund von Wahnvorstellungen, bei Abwesenheit von Illusionen, nicht als solche erkennt.

entbehrte, stehen. Anch bei dem gesunden Menschen, namentlich in der Jugend, kommen solche identificirende Erinnerungstäuschungen gelegentlich in Zuständen schwerer körperlicher oder geistiger Erschöpfung vor. So erzählt z. B. Anjel, dass er nach langem Umherwandern in einer Bildergallerie schliesslich bei dem Betreten eines noch nicht besuchten Saales den unwiderstehlichen Eindruck gehabt habe, dass ihm alle dort aufgehängten Gemälde schon bekannt seien. Am häufigsten sind diese Störungen des Wiedererkennens bei der Paranoia und zwar speciell bei der Paranoia auf alkoholistischer Basis sowie bei epileptischen Psychosen. Mitunter besteht die Täuschung auch darin, dass der Kranke angiebt, die Situation, in welcher er sich befindet, sei ihm früher schon einmal erzählt worden oder in einem Buche vorgekommen.

Mit dieser identificirenden Erinnerungstäuschung haben die viel häufigeren Angaben mancher Kranken, namentlich vieler Alkoholisten im Delirium tremens, dass sie überall von Bekannten umgeben seien, garnichts zu thun. Die letzteren Personenverwechslungen beruhen vielmehr fast stets auf wirklichen Illusionen oder Wahnvorstellungen oder Incohärenz oder endlich undeutlichen Sinneswahrnehmungen.

Störungen des Aufmerkens.

Die Zahl der Reize, welche in einem gegebenen Augenblick gleichzeitig auf unsere Sinnesflächen einwirken und Empfindungen erzeugen, ist meist sehr gross. Am augenscheinlichsten tritt dies auf dem Gebiet des Gesichtssinns zu Tage. Unser Gesichtsfeld stellt eine grosse Summe zahlreicher einzelner Gesichtsempfindungen dar. Von diesen letzteren ziehen nur einige wenige, meist nur eine einzige unsere Aufmerksamkeit auf sich. Dieses Aufmerken auf **eine** von vielen gleichzeitigen Empfindungen ist nicht etwa als eine ganz neue, geheimnissvolle Seelenthätigkeit aufzufassen, sondern bedeutet einfach nur, dass von den vielen Empfindungen nur **eine** Vorstellungen erweckt und damit bestimmend auf den Gang unserer Ideenassociation einwirkt. Dies Aufmerken ist auch in keiner Weise in dem gewöhnlichen Sinne willkürlich, sondern ganz bestimmte Factoren entscheiden über die Richtung unserer Aufmerksamkeit, d. h. also darüber, **welche** von den vielen gleichzeitigen Empfindungen den Vorstellungsablauf bestimmt. Solcher Factoren existiren **vier**. Erstens ist die Intensität der um die Aufmerksamkeit concurrirenden Empfindungen von wesentlicher Bedeutung. Ein besonders hell-leuchtender Gegenstand im Gesichtsfeld wird uns gewöhnlich besonders auffallen und unsere Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Zweitens kommt die Uebereinstimmung mit einem latenten Erinnerungsbild in Frage. Die Gegenstände in der Peripherie des Gesichtsfelds rufen Gesichtsempfindungen von geringer Deutlichkeit hervor; daher ist

die Uebereinstimmung mit den zugehörigen Erinnerungsbildern gering und in Folge dessen ist unsere Aufmerksamkeit in der Regel nur auf die in der Mitte des Gesichtsfelds gelegenen, auf der Macula lutea abgebildeten, deutlichen Objecte gerichtet. Ein drittes Moment ist der Gefühlston der Empfindungen. Solche mit starkem Gefühlston erregen die Aufmerksamkeit leichter als solche mit schwachem. So kann ein leiser Accord inmitten zahlreicher lauterer Geräusche unsere Aufmerksamkeit fesseln. Als vierter Factor kommt endlich die Constellation der latenten Vorstellungen in Betracht. Ich gehe z. B. spazieren: dabei werden fortwährend zahllose Gesichtsempfindungen in mir erweckt. Je nachdem nun z. B. die Vorstellung mir etwa begegnender Spaziergänger bei mir leicht erweckbar vorhanden ist oder wegen Ueberwiegens anderer Gedanken völlig gehemmt wird, wird die Gesichtsempfindung eines begegnenden Freundes oder Fremden meine Aufmerksamkeit erregen und meine weiteren Vorstellungen und eventuell auch Bewegungen bestimmen, oder ich werde zerstreut und achtlos an dem Begegnenden vorübergehen und z. B. der Gesichtsempfindung der Landschaft, welcher meine latente Vorstellungsconstellation vielleicht günstiger ist, meine Aufmerksamkeit zuwenden. Die Gesichtsempfindung des Freundes kann unter Umständen noch so scharf und intensiv und noch so gefühlsstark sein: in Folge einer ungünstigen Constellation der latenten Vorstellungen oder, anders ausgedrückt, in Folge der geringen Energie der latenten Vorstellung des Freundes überwiegen andere Empfindungen und bestimmen den Ablauf meiner Vorstellungen. Speciell bei dem sog. „Suchen“ und der „gespannten Erwartung“ spielt diese Constellation die Hauptrolle.

Die wichtigsten krankhaften Störungen der Aufmerksamkeit sind:

1. Die Herabsetzung der Aufmerksamkeit (Aprosexie). Dieselbe äussert sich darin, dass keine von den vielen gleichzeitigen Empfindungen des jeweiligen Augenblicks Vorstellungen in normaler Intensität und Menge erweckt. Am sinnenfälligsten äussert sich diese Aprosexie darin, dass der Kranke Fragen, welche man ihm vorlegt, nicht beantwortet und Aufforderungen, welche man an ihn richtet, nicht nachkommt:*) er beachtet dieselben überhaupt nicht, sie regen keine Vorstellungen und daher auch keine Bewegungen an. Am häufigsten ist diese Aprosexie bei der allgemeinen Denkhemmung. Wie alle Associationsacte ist auch das Aufmerken bei dieser so verlangsamt, dass es völlig zu fehlen scheint. Auch Kranke, welche ganz unter dem Einfluss einer einzigen sinnlich lebhaften, gefühlsstarken Hallucination oder einer übermächtigen, von starken Gefühlstönen begleiteten Wahnvorstellung

*) Die Gehörsempfindung einer Frage oder Aufforderung ist bei dem Geistesgesunden im Wettstreit der Empfindungen um die Aufmerksamkeit fast stets die obsiegende.

stehen, zeigen eine Aprosexie für die normalen Empfindungen. Es erklärt sich dies nach dem Obigen eben einfach daraus, dass die vier die Aufmerksamkeit bestimmenden Factoren für die Hallucination bezw. Wahnvorstellung günstiger liegen als für irgend eine der wirklichen, d. h. der normalen Empfindungen. Ungemein häufig ist endlich eine erhebliche Aprosexie bei vielen Schwachsinnigen. Die Ursache der Aprosexie ist hier offenbar darin zu suchen, dass die Zahl der verfügbaren Erinnerungsbilder und der abgestimmten Associationsbahnen zu gering ist.

2. Die Steigerung der Aufmerksamkeit (Hyperprosexie). Dieselbe tritt selten in dem Sinne auf, dass eine Empfindung in abnormem Umfang, d. h. also einseitig zu lange und zu intensiv den Vorstellungsablauf bestimmt. Vielmehr besteht dieselbe meist darin, dass zu viele Empfindungen Vorstellungen erwecken, d. h. die Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Während normaler Weise eine Empfindung siegt und für längere Zeit den Vorstellungsablauf bestimmt, ist bei der in Rede stehenden Störung die Aufmerksamkeit zersplittert: Im ersten Augenblick zieht diese Empfindung die Aufmerksamkeit auf sich, im nächsten Augenblick bereits eine andere. Selbst ganz schwache Empfindungen erregen die Aufmerksamkeit. Es kommt in Folge dessen bei solchen Kranken zu keiner vollständigen, einheitlichen Vorstellungsreihe: neue Empfindungen erregen stets Vorstellungen, welche die von der ersten Empfindung angeregte Vorstellungsreihe unterbrechen. Richtet man an solche Kranke eine Frage, so antworten sie zunächst der Frage entsprechend. Aber sie haben den antwortenden Satz noch nicht beendet, so zieht eine beliebige andere Gehörs- oder Gesichtsempfindung ihre Aufmerksamkeit ab. Sie hören z. B. ein beliebiges Geräusch oder ihr Blick fällt auf irgend ein Detail der Umgebung, sei es die Uhrkette des Arztes oder eine zufällige Bewegung desselben, und sofort ist die Frage vergessen und oft mitten im Satz unterbricht sich der Kranke, um über die Kette oder die Bewegung irgend eine Bemerkung zu machen. Die Aufmerksamkeit jagt von Empfindung zu Empfindung, ohne je an einer einzelnen länger zu haften.

Diese Hyperprosexie ist am häufigsten eine Theilerscheinung der allgemeinen Beschleunigung der Ideenassociation oder der Ideenflucht. Bei dieser jagen sich die Vorstellungen. Dementsprechend wechselt die Constellation fortwährend und damit wird es unmöglich, dass eine Empfindung längere Zeit den Vorstellungsablauf bestimmt. Die erhöhte Erregbarkeit der latenten Erinnerungsbilder, welche der Ideenflucht zu Grunde liegt, kommt auch schwachen Empfindungen zu statten. Kleinigkeiten, welche bei dem Gesunden nie die Aufmerksamkeit zu erregen vermögen, werden fähig Vorstellungen zu erregen und die Aufmerksamkeit von starken Empfindungen abzuziehen.

Unabhängig von irgendwelcher Beschleunigung der Ideenassociation kommt eine pathologische Zersplitterung der Aufmerksamkeit zuweilen bei Neurasthenie vor. Die Kranken klagen, dass ihre Aufmerksamkeit fortwährend abgezogen werde und so ihr Denken sich „verzettele". Zu irgendwelcher Concentration sind solche Kranke zuweilen ganz unfähig.

Endlich zeigt der Schwachsinn auch diese Hyperprosexie nicht selten, namentlich in seinen mittelschweren und leichteren angeborenen Formen. Die Hyperprosexie des Schwachsinnigen gleicht durchaus der physiologischen Hyperprosexie mancher Kinder. Eine Fixirung der Aufmerksamkeit gelingt bei dem Schwachsinnigen ebenso wie bei dem Kinde oft kaum. Während aber letzteres durch Uebung seine Aufmerksamkeit allmählich concentriren lernt, ist die Hyperprosexie des ersteren in der Regel unheilbar.

Ausser der Aprosexie und Hyperprosexie kommt eine Störung der Aufmerksamkeit vor, welche eine Theilerscheinung der allgemeinen Incohärenz ist. Bei dieser liegt die Störung nicht darin, dass die Empfindungen in zu geringem oder zu grossem Umfang Vorstellungen auregen, sondern das Krankhafte liegt darin, dass die Empfindungen Vorstellungen auslösen, welche in keinem Zusammenhang zu ihnen stehen. An die Gesichtsempfindung einer goldenen Kette reihen solche Kranke, auch wenn sie die Kette dauernd fixiren, Vorstellungen an, die zu der Kette in gar keiner Beziehung stehen. Da diese Störung des Aufmerkens ganz mit der allgemeinen Associationsstörung der Incohärenz zusammenfällt, wird sie erst im Folgenden besprochen werden.

Allgemeine Associationsstörungen.

α. Krankhafte Beschleunigung der Ideenassociation (Ideenflucht).

Eine absolut scharfe Grenze zwischen normaler Geschwindigkeit und krankhaft gesteigerter Geschwindigkeit der Ideenassociation existirt nicht. Auch der Gesunde denkt in der Erregung, namentlich in der heiteren Erregung rascher. Da auch psychophysische Messungen uns hier im Stiche lassen und zudem bei Geisteskranken bislang unüberwindlichen Schwierigkeiten begegnen, so ist der Arzt bei Beurtheilung der Geschwindigkeit der Ideenassociation eines Kranken mehr oder weniger auf eine Schätzung angewiesen. Die höheren Grade der Beschleunigung des Vorstellungsablaufs bezeichnet man als Ideenflucht, die leichteren als Ideenflüchtigkeit. Regelmässig betrifft die Be-

schleunigung der Ideenassociation nicht nur die Aufeinanderfolge der Vorstellungen V_1, V_2, V_3 etc. untereinander, sondern auch die Anreihung der ersten Vorstellung (V_1) an die Empfindung (E) sowie die Uebertragung der corticalen Erregung in die motorische Region. Diese beiden Theilerscheinungen oder Corollarsymptome der Ideenflucht bezeichnet man als Hyperprosexie und motorische Agitation (Bewegungsdrang). Eine Theilerscheinung der letzteren ist wiederum das rasche Gesticuliren und das rasche Sprechen dieser Kranken. Letzteres wird speciell als Logorrhoe bezeichnet.

Worauf die allgemeine Associationsbeschleunigung beruht, lässt sich nicht mit Sicherheit angehen. Man könnte zunächst daran denken, dass der Leitungswiderstand in den Associationsfasern, welche von den Empfindungszellen zu den Vorstellungszellen führen, welche die Vorstellungszellen untereinander verknüpfen und schliesslich von den Vorstellungszellen zu den Ursprungszellen der Pyramidenbahn leiten, vermindert sei. Dies ist jedoch kaum die einzige oder auch nur die wesentliche Grundlage der Ideenflucht. Wahrscheinlicher ist, dass die Reproduction der Vorstellungen selbst, also die Verwandlung der R_1's in R_2's beschleunigt ist. Die latenten Erinnerungsbilder sind wahrscheinlich leichter reproducirbar. Es bedarf eines geringeren associativen Impulses, um sie aus ihrer Latenz zu erwecken, oder, anders ausgedrückt, sie über die psychische Schwelle zu heben, und diese Weckung oder Hebung vollzieht sich rascher als bei dem Gesunden. So wird es verständlich, dass bei dem Ideenflüchtigen auch schwache Empfindungen in raschestem Wechsel Vorstellungen anregen (Hyperprosexie), dass die Vorstellungen selbst sich so überaus rasch folgen (Ideenflucht s. str.) und dass endlich die Uebertragungen in das motorische Gebiet in gesteigerter Zahl und mit gesteigerter Geschwindigkeit erfolgen (motorische Agitation). Hiermit stimmen auch die Angaben der Kranken über ihren Zustand überein. Die meisten geben direct an, sie fühlten „ihr Denken in wunderbarer Weise erleichtert“, „alles falle ihnen viel leichter ein“, „ihre Glieder seien viel beweglicher geworden“.

Die Ideenflucht ist zunächst ausschliesslich eine formale Störung des Denkens, welche den Inhalt des Denkens nicht beeinflusst. Sobald dieselbe indes höhere Grade erreicht, pflegt sich fast stets auch eine Veränderung des Denkinhalts einzustellen. Complicirtere Vorstellungen und Vorstellungscomplexe werden nicht mehr oder nur spärlich reproducirt. Concrete Begriffe, namentlich in unmittelbarer Anknüpfung an actuelle Empfindungen, überwiegen mehr und mehr. Der innere Zusammenhang der aufeinander folgenden Vorstellungen lockert sich. Die Vorstellungen folgen aufeinander auf Grund einer ganz zufälligen Klangähnlichkeit der sie bezeichnenden Worte. Namentlich

Reime und Assonanzen bestimmen oft den Vorstellungsablauf. Nimmt die Ideenflucht noch weiter zu, so werden Zwischenvorstellungen fortwährend übersprungen. Die Kranken kommen vom Hundertsten in das Tausendste. Der verbindende Faden lässt sich oft kaum mehr auffinden. Schliesslich werden die Vorstellungen ohne Satzverbindung aneinander gereiht: es kommt nicht mehr zu Urtheilsassociationen. In rasender Eile folgen einzelne discrete Vorstellungen auf einander, bald ohne jegliche erkennbare Beziehung untereinander, bald auf Grund zufälliger Wortähnlichkeit.*) Bei geistig hoch veranlagten Individuen wechseln die Vorstellungen fortwährend, bei wenig veranlagten werden dieselben Vorstellungen fortwährend wiederholt. Speciell letztere Form der Ideenflucht, welche sich in dem raschen Plappern zusammenhangsloser Worte äussert, wird auch als Verbigeration bezeichnet. Die Gesammtheit der eben beschriebenen Veränderungen, welche sich secundär in den höheren Graden der Ideenflucht einstellen, stellt das Bild der secundären Incohärenz dar, welche später noch ausführlicher besprochen werden wird.

Man unterscheidet 2 Hauptformen der Ideenflucht, die primäre Ideenflucht und die secundäre Ideenflucht. Als primär wird diejenige Ideenflucht bezeichnet, welche nicht auf ein anderweitiges psychopathologisches Symptom zurückgeführt werden kann. Wenn ein Kranker gehäufte raschwechselnde Hallucinationen hat und entsprechend diesem raschen Wechsel der Hallucinationen rasch denkt und spricht, so ist eine solche Ideenflucht secundär: sie lässt sich eben auf die rasch wechselnden Hallucinationen zwanglos zurückführen. Das Krankhafte liegt hier in den Hallucinationen, nicht in der Ideenflucht; letztere ist vielmehr nur die natürliche, physiologische Consequenz der ersteren. Ausser Hallucinationen können gelegentlich auch gehäufte Wahnideen zu secundärer Ideenflucht führen, und endlich führen auch vereinzelte Hallucinationen und Wahnideen, wofern sie von starken positiven oder auch negativen Gefühlstönen begleitet sind, oft zu secundärer Ideenflucht; so kann ein hallucinatorisch gehörtes Schimpfwort oder der Zorn über eine wahnhafte Verfolgung zu vorübergehender secundärer Ideenflucht und Logorrhoe führen. Auch diese secundäre Ideenflucht stellt kein neues Krankheitssymptom dar, sie entspricht durchaus der durch die Hallucination und Wahnidee hervorgerufenen affectiven Erregung.

Primäre Ideenflucht findet sich weitaus am häufigsten vergesellschaftet mit der früher besprochenen heiteren Verstimmung. Beide gehören

*) Ein Beispiel incohärenter hochgradiger Ideenflucht ist z. B. folgende Associationsreihe: „20. September — Septuagesima — 20. Jahrhundert — das kommt davon, wenn man die Zeit nicht im Kopfe hat — 7 × 8 macht? — Grossmacht — Mächte (Mägde?) — Dienstleute" etc.

fast unzertrennlich zusammen, ebenso wie Denkhemmung und traurige Verstimmung. Ueber das gegenseitige Verhältniss der Ideenflucht und der heiteren Verstimmung ist viel gestritten worden. Bald hat man die Ideenflucht als das Primärsymptom bezeichnet und angenommen, die heitere Verstimmung erkläre sich aus dem Gefühl der Erleichterung der Vorstellungsablaufs, bald hat man die heitere Verstimmung als das Primärsymptom auffassen wollen und auf den oben erwähnten psychologischen Satz hingewiesen, dass positive Gefühlstöne auch bei dem Gesunden den Vorstellungsablauf beschleunigen. Bei der letzteren Annahme würde eine primäre Ideenflucht überhaupt aus der allgemeinen Psychopathologie fast ganz auszuweisen sein. Eine unbefangene Beobachtung derjenigen Kranken, welche beide Symptome — Ideenflucht und Exaltation — gleichzeitig darbieten, lehrt, dass meist beide Symptome durchaus coordinirt sind. Gebildete Kranke geben während ihrer Krankheit und auch nach ihrer Genesung retrospectiv oft ganz unzweideutig an, beides — Ideenflucht und Exaltation — habe sich gleichzeitig eingestellt. Im Folgenden wird diese Auffassung denn auch stets zu Grunde gelegt werden und demnach sowohl die Ideenflucht wie die Exaltation in allen diesen Fällen als **primäres** Symptom aufgefasst werden. Dabei muss bei dem jetzigen Stand unsrer Kenntnisse die Frage offen bleiben, worauf die Häufigkeit des gemeinschaftlichen Vorkommens von Ideenflucht und heiterer Verstimmung beruht. Wir können einstweilen nur sagen, dass diejenigen ätiologischen Krankheitsmomente, welche die Reproducirbarkeit der Vorstellungen erhöhen und so zur Ideenflucht führen, auch ein Ueberwiegen der positiven Gefühlstöne und damit eine pathologische Exaltation bedingen.

Abgesehen von der oben beschriebenen primären Ideenflucht, welche sich mit heiterer Verstimmung vergesellschaftet, kommt ab und zu — jedoch erheblich seltener — primäre Ideenflucht auch ohne Affectstörung, speciell ohne heitere Verstimmung vor. So namentlich bei der Nervosität oder Neurasthenie. Solche Kranke klagen dem Arzt geradezu, dass ihr Denken sich in qualvollster Weise überhaste. Bald sind es Reminiscenzen, die in fliegender Eile stundenlang dem Kranken durch den Kopf schwirren („Reminiscenzenflucht“), bald sind es häusliche Angelegenheiten oder Tagesfragen, gleichgültige oder interessante, an welche die Ideenflucht anknüpft. Der Kranke empfindet die Beschleunigung der Ideenassociation hier stets als einen qualvollen Zwang, welchem er vergeblich zu widerstehen versucht.

β. Krankhafte Verlangsamung der Ideenassociation. (Denkhemmung).

Ebenso wie die Beschleunigung der Ideenassociation beschränkt sich auch die Verlangsamnng der Ideenassociation nicht auf die Aneinanderreihung der Vorstellungen unter sich, sondern betrifft auch die Anknüpfung der ersten Vorstellung an die Empfindung (von V_1 an E) und die Schlussübertragung der corticalen Erregung in die motorische Region. Hieraus resultiren zwei Theil- oder Corollarsymptome der Denkhemmnng, welche man als Aprosexie und als motorische Hemmnng bezeichnet. Von der die Denkhemmnng begleitenden Aprosexie ist bereits ausführlich die Rede gewesen. Sie hängt eng mit der gleichfalls bereits erwähnten Erschwerung und Verlangsamung des Wiedererkenneus zusammen, welche bei keiner erheblicheren Denkhemmung fehlt. Die motorische Hemmung äussert sich vor Allem in der Verlangsamung resp. Aufhebung der sog. willkürlichen Bewegungen. In schwereren Fällen vermag der Kranke nicht einmal die einfachsten Bewegungen, zu denen er aufgefordert wird, auszuführen. Soll er einen vorgehaltenen Gegenstand ergreifen, so hebt er den Arm mühsam eben von der Bettdecke ab und lässt ihn dann wieder sinken oder führt ihn langsam, unter öfteren Pausen in unverhältnissmässig langer Zeit zu dem Gegenstand hin. Die Sprache ist verlangsamt, oft leicht saccadirt. Mühsam sncht der Kranke die Worte. Die Phonation ist besonders stark gehemmt: der Kranke flüstert oder haucht die Worte kaum vernehmlich. In den schwersten Fällen beschränkt sich das Sprechen auf unverständliche abortive Mundbewegungen oder kommt es zu völligem Mutismus (Stummheit durch Hemmung). Zuweilen änssert sich die motorische Hemmung auch darin, dass der Kranke eine gewisse Bewegung fortwährend in monotonster Weise wiederholt, also z. B. stundenlang ein und dieselbe Schlagbewegung mit dem Arm ansführt und ein nnd dasselbe Wort oder einen und denselben Satz wiederholt (= stereotype Bewegungen). Die allgemeine Körpermusculatur zeigt abgesehen von der Verlangsamnng resp. Aufhebung der Willkürbewegungen ein zwiefaches Verhalten. Bald besteht eine völlige Erschlaffung aller Körpermuskeln (= motorische Hemmung mit Resolution), bald besteht eine allgemeine, zuweilen sehr intensive Spannung aller Muskeln (= katatonische Hemmung). Im ersteren Falle begegnen passive Bewegungen keinem Widerstand: der erhobene Arm fällt schlaff wie der eines Todten, lediglich der Schwerkraft folgend, auf die Unterlage zurück. Im letzteren Fall begegnet der Versnch zu passiven Bewegungen einem mehr oder weniger grossen Widerstand. Zuweilen ist die passive Beweglichkeit

durch die katatonische Spannung fast ganz aufgeboben. Da die Spannung bald in dieseu, bald in jeneu Muskeln überwiegt, so ist der Körper bald in dieser, hald in jener Stellung fixirt. Der Kopf nimmt besonders häufig eine dem Emprosthotonus entsprechende Stellung ein: bei bettlägerigen Kranken ist er daber von dem Kopfkissen abgeboben und wird stunden- und selbst tagelang im Schweben gehalten. Seltener wird er — dem Opisthotonus der tnberculösen Meningitis entsprechend — tief in die Kissen gebohrt. Die Zahnreihen werden oft so energisch aufeinander gepresst, dass dem Unerfahreneu ein Trismus vorgetäuscbt wird. Die Stirn ist hald in senkrechte, bald in wagerechte Runzeln gelegt, die Angen sind hald weit aufgerissen, bald fest zugekniffen, die Augenaxen meist parallel geradeaus gerichtet. Die Extremitäten befinden sicb fast ebenso oft in katatonischer Flexionsstellung wie in katatonischer Extensionsstellung. Es hedarf oft grosser Vorsicht, nm die Verwechslung mit Contracturen, sowohl organiscb bedingten wie bysterischen, zu vermeiden. Ausser Resolution und katatonischer Spannung (Attonität) findet sich zuweilen als Theilerscbeinung der allgemeinen Associationshemmung auch die sog. Flexibilitas cerea (s. u.)

Die ganze Trias der eben aufgeführten Symptome, Aprosexie + Denkhemmung + motorische Hemmung, wird auch als Stupor*) bezeichnet. Kranke in solchem Zustand neunt man stuporös. Je nach der Aeusserungsweise der motorischeu Hemmung unterscheidet man daher auch einen Stupor mit Resolution und einen katatonischen Stupor.

Wie die Ideenflncbt ist auch die Denkhemmung und der sie einschliessende Stupor bald secundär, bald primär.

Secnudäre Denkhemmung (bezw. secnndärer Stupor) ist am häufigsten durch Hallucinationen bedingt und zwar durch Hallucinationen beängstigenden oder fascinirenden oder imperativen Inbalts. So kannte ich eine Kranke, welche wochenlang regungslos auf einem Fleck stand: dieselbe spracb kein Wort, reagirte weder auf Nadelstiche noch auf Anruf, genoss spontan keine Nahrung, liess Koth und Urin unter sicb. Der Speichel floss ihr aus den Mundwinkeln auf das Kleid nieder. Als sich später der Stupor löste, gab sie an, sie habe ringsum statt des Zimmerbodens drobende Abgründe gesehen und sich deshalb nicht zu rühren gewagt und auch ihr Denken sei durch die schreckliche Vision „völlig gebunden und gebannt gewesen". In diesem Falle war also der Stupor secundär durch eine beängstigende Hallucination resp. Illusion bedingt. Andere Kranke sehen den Himmel offen, hören Engel-

*) Wie viele Termini der Psychiatrie, ist auch der Terminus Stupor von den verschiedenen Autoren in der verschiedensten Bedeutung angewandt worden. Wir brauchen diese Bezeichnung ausschliesslich für den durch die oben aufgeführten 3 Symptome charakterisirten Krankheitszustand.

chöre oder die göttliche Stimme und sind durch solche fascinirende Hallucinationen wie gebannt. Besonders bei Epilepsie und auch bei Hysterie kommt diese Form des secundären Stupors häufig vor. In einer dritten Reihe von Fällen ist eine imperative Hallucination als Ursache des Stupors nachzuweisen: der Kranke hört z. B. geradezu eine Stimme, welche ihm zuruft, er dürfe sich nicht rühren oder er sei des Todes, und diese Stimme hat so viel Macht über ihn, dass sein Vorstellungsablauf und sein Bewegen und Handeln völlig gehemmt ist. Endlich ist auch zu berücksichtigen, dass eine auf das motorische Gebiet beschränkte Hemmung in der früher erläuterten Art und Weise durch Bewegungshallucinationen vorgetäuscht werden kann. Aehnlich wie Hallucinationen können endlich auch Wahnvorstellungen analogen Inhalts zuweilen einen secundären Stupor erzeugen. — Alle diese Formen des secundären Stupors hat man auch treffend als Pseudostupor bezeichnet und unterscheidet namentlich einen hallucinatorischen und einen wahnhaften Pseudostupor. In der Regel ist der Pseudostupor ein katatonischer; Resolution ist sehr selten.

Der primäre Stupor (bezw. die primäre Denkhemmung) kommt häufig ohne jede concomitirende Affectstörung vor. In dieser Beziehung verhält sich also die Denkhemmung anders als die Ideenflucht, deren Seltenheit ohne concomitirende Affectstörungen oben hervorgehoben wurde. Namentlich alle diejenigen Psychosen, in deren Aetiologie geistige Erschöpfung und Ueberanstrengung eine Rolle spielen, zeigen häufig dauernd oder intercurrent stuporöse Zustände in den verschiedensten Graden. In den leichtesten Fällen — z. B. einer auf dem Boden cerebraler Erschöpfung entstandenen Nervosität — äussert sich die Denkhemmung nur darin, dass der Kranke geistige Arbeiten etwas langsamer bewältigt. Zuweilen arbeitet er anfangs mit normaler Geschwindigkeit, aber nach unverhältnissmässig kurzer Zeit ermüdet er d. h. es stellt sich eben jene Denkhemmung ein, welche bei dem Gesunden erst nach viel längerer Arbeitszeit sich einzustellen pflegt. In den schwersten Graden erscheint das Denken geradezu aufgehoben. Hochgebildete Kranke vermögen ein einfaches Beispiel aus dem Einmaleins nicht mehr zu rechnen und geben ihre eigenen Personalien falsch an.*)

*) Speciell die complicirteren Vorstellungscomplexe pflegen bei dieser Denkhemmung am intensivsten betroffen zu sein, während einfachere Vorstellungen noch leidlich reproducirt werden können. Dies führt in manchen Fällen dazu, dass die Kranken ein eigenthümlich kindisches und albernes Gebahren zeigen. Plappernd wiederholen sie immer dieselben Phrasen oder trillern dieselben Melodien. Während complicirtere Handlungen völlig gehemmt sind, können einfachere Bewegungen noch ausgiebig stattfinden: statt einer völligen Resolution oder katatonischen Spannung findet man daher in solchen Fällen, dass die Kranken wenigstens stundenweise wie Kinder spielen und tändeln.

Dass es sich in solchen Fällen, welche namentlich bei der sog. Stupidität vorkommen, nicht um einen Verlust der Erinnerungsbilder, sondern lediglich um eine Hemmung, d. h. eine Verlangsamung und Erschwerung der Reproduction handelt, geht daraus hervor, dass oft vorübergehend — wenn nämlich die Hemmung gelegentlich nachlässt — der Kranke dieselben Fragen richtig beantwortet, ferner daraus, dass bei sehr langem Zuwarten zuweilen doch schliesslich eine richtige Antwort auch in den Zeiten schwerster Hemmung erhalten werden kann, und endlich daraus, dass, falls Genesung eintritt, der Kranke nicht etwa alle seine früheren Kenntnisse durch neues Lernen — etwa wie ein Kind — wieder erwerben muss, sondern mit dem allmählichen oder plötzlichen Nachlass der Hemmung ohne Weiteres wieder in den Besitz seines früheren Wissens eintritt. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass bei sehr langer Dauer stuporöser Zustände schliesslich in Folge Mangels jeglicher Uebung und Reproduction auch der Besitzstand an Erinnerungsbildern leiden kann. Es tritt dann eben allmählich zu der Denkhemmung ein wirklicher Verlust von Erinnerungsbildern, ein sog. secundärer Intelligenzdefect (secundäre Demenz) hinzu. Aus dem scheinbaren Schwachsinn wird ein wirklicher.

Ausser dieser uncomplicirten primären Denkhemmung existirt eine mit Depression vergesellschaftete Denkhemmung, welche in fast allen Punkten das Gegenbild der oben besprochenen primären mit Exaltation vergesellschafteten Ideenflucht darstellt. Man hat auch hier sich vielfach gestritten, ob bei dieser Combination die Depression oder die Denkhemmung das primäre Symptom sei. Letztere Annahme ist schon deshalb sofort zu verwerfen, weil wir, wie oben erwähnt, Denkhemmung sehr oft auch ohne gemüthliche Depression finden. Aber auch die erstere Annahme, wonach die Depression die zureichende und einzige Ursache der Denkhemmung ist, ist — wenigstens für viele Fälle — nicht stichhaltig. Dass im Allgemeinen negative Gefühlstöne den Vorstellungsablauf bei dem Gesunden ebenso wie bei dem Kranken erschweren und verlangsamen, ist allerdings richtig, und in vielen Fällen, wo Denkhemmung und Depression coexistiren, mag dies zur Erklärung der Denkhemmung ausreichen und somit die Denkhemmung als secundär, durch die Depression bedingt, aufzufassen sein. In vielen anderen Fällen gehen beide Symptome durchaus parallel. Manche Kranke geben sogar geradezu an, dass die Denkhemmung noch vor der Depression vorhanden gewesen sei. Dann sind also beide Symptome als primär und coordinirt aufzufassen. Im Folgenden wird im Allgemeinen diese Auffassung, wonach die mit Depression vergesellschaftete Denkhemmung noch als primäre aufzufassen ist, festgehalten werden.

Unter den verschiedenen depressiven Affecten verbindet sich weit-

aus am häufigsten die *Angst* mit Denkhemmung. Die Denkhemmnng kann bei dieser fast ebenso hohe Grade erreichen wie bei der obenerwähnten Stupidität. Es giebt Kranke, z. B. Melancholische, welche auf der Höhe der Angst zu der Multiplication 7 × 8 mehrerer Minnten bedürfen, und die Namen ihrer Kinder nur mühsam oder garnicht aufzählen können. Man bezeichnet diese Denkhemmung häufig auch speciell als Schwerbesinnlichkeit. Das motorische Gebahren dieser Kranken zeigt grosse Verschiedenheit. Zuweilen findet man völlige Resolution, so bei der hiernach benannten Melancholia *passiva*. Häufiger sind katatonische Spannungszustände: die Kranken erscheinen wie „angedonnert", so bei der sog. Melancholia *attonita*. Endlich kann *sehr* häufig die motorische Hemmung vollständig verdeckt werden durch die früher besprochenen Ausdrucksbewegungen der Angst, also namentlich das Jammern, das Zupfen an den Fingerbeeren, das Ringen der Hände, das Wiegen des Oberkörpers, das ruhelose Stossen der Beine, das angstvolle Umherlaufen. Die Melancholie, welche für alle diese Zustände das reichste Beobachtungsgebiet darstellt, zeigt gerade diese Combination von Denkhemmung, Angst und Angstbewegungen (neben sonstiger motorischer Hemmung) äusserst häufig. Man bezeichnet diejenige Form der Melancholie, wo dies Verhalten dauernd vorherrscht, geradezu als *agitirte* Melancholie (Melancholia agitata).

Während die Erkennung der Ideenflucht keinerlei Schwierigkeiten darbietet, ist die *Diagnose der Denkhemmnng* oft sehr schwierig. Die Thatsache, dass ein Kranker Fragen langsam oder garnicht beantwortet, ist stets mehrdeutig. Es kann eine secundäre Denkhemmung bedingt durch Hallucinationen oder Wahnvorstellungen, es kann eine primäre Denkhemmnng ohne Affectstörung (wie bei der Stupidität), es kann eine mit trauriger Verstimmung und Angst vergesellschafte resp. von ihr abhängige Denkhemmnng vorliegen und es kann sich endlich vor allem überhaupt nm keine *Denkhemmung*, sondern um einen wirklichen *Intelligenzdefect* (also Schwachsinn) handeln. Als unterscheidende Merkmale kommen folgende in Betracht:

Die Denkhemmung ist grossen Schwankungen unterworfen; selbst in den schwersten Fällen kommen gelegentlich Augenblicke oder Stunden, in welchen die Hemmnng nachlässt und dementsprechend der Kranke auffällig richtig antwortet. Solche vorübergehende Schwankungen zeigt der Schwachsinn niemals: er ist entweder stabil oder progressiv.

Die Denkhemmung betrifft die einzelnen Vorstellungscomplexe oft in sehr ungleichmässiger Weise. Einzelne ganz einfache Fragen bleiben unbeantwortet und andrerseits verrathen einzelne Antworten ein auffälliges Maass von Urtheilskraft. Der wirkliche Intelligenzdefect ist in

der Regel ein ganz allgemeiner: es handelt sich meist um eine ziemlich gleichmässige Reduction des ganzen geistigen Besitzstandes.

Die Denkhemmung betrifft vorzugsweise die einzelnen Vorstellungen und Vorstellungscomplexe, weniger die Urtheilsassociationen der Vorstellungen. So schwer es diesen Kranken fällt, einzelne Vorstellungen und ihre Verknüpfung zu reproduciren, so correct sind doch die Urtheilsassociationen selbst, sobald überhaupt einmal trotz der Hemmung die Vorstellungen reproducirt worden sind. Der Schwachsinn äussert sich im Gegentheil ganz vorwiegend auch in den Urtheilsverbindungen der Vorstellungen. Damit hängt es zusammen, dass der Kranke mit Denkhemmung überhaupt öfter garnicht als falsch antwortet und bei langem Zuwarten schliesslich die Antwort richtig findet, während der Schwachsinnige öfter falsch als garnicht antwortet und in der Regel auch bei geduldigstem Zuwarten die richtige Antwort nicht trifft.

Endlich ist die Denkhemmung fast ausnahmslos auch mit motorischer Hemmung verknüpft. Speciell äussert sich dies fast stets in sehr sinnenfälliger Weise in dem Sprechen des Kranken. Mühsam und langsam kommen die Worte über die Lippen Bei dem Schwachsinn fehlt die motorische Hemmung meist ganz: das rasche Sprechen der Kranken contrastirt oft in auffälliger Weise mit ihrem langsamen Denken.

So werthvoll diese Kriterien im Allgemeinen sind, so reichen sie doch im Einzelfall zuweilen zu einer sicheren Entscheidung, ob Hemmung oder Defect vorliege, nicht aus. Namentlich bei einer einmaligen Untersuchung kann man mit der Diagnose, ob Hemmung oder Defect, nicht vorsichtig genug sein. Vollends ist es nicht selten ganz unmöglich zu entscheiden, ob, bezw. wann eine längere Zeit bestehende Denkhemmung in dem oben angeführten Sinn zu einem secundären Defect geführt hat.

Hat man den Intelligenzdefect ausgeschlossen, so bleibt die weitere Frage zu entscheiden, welche Form der Denkhemmung vorliegt. Der früher beschriebene charakteristische Habitus des Hallucinanten verräth den hallucinatorischen Stupor resp. die hallucinatorische Denkhemmung, der traurige oder ängstliche Gesichtsausdruck die mit Depression verknüpfte Denkhemmung. Bei der primären Denkhemmung ohne Affectanomalie, wie sie bei der Nervosität, der Stupidität und der stuporösen Paranoia vorkommt, fällt der leere oder kindische Gesichtsausdruck auf. In leichteren Fällen führt auch das directe Befragen zum Ziel. Dabei ist, wie aus den früheren Ausführungen sich ergiebt, namentlich auf Hallucinationen, Wahnideen und Angst zu prüfen. Kranke, welche an uncomplicirter, primärer Denkhemmung leiden, gehen — wenigstens

in den leichten und mittelschweren Fällen — oft direct an, sie „hätten eine solche Leere im Kopf".*)

γ. Störungen des Zusammenhangs des Vorstellungsablaufs (Incohärenz oder Dissociation).

Bei dem Geistesgesunden folgt auf eine Vorstellung V_1 stets eine solche Vorstellung V_2, welche zu V_1 in einer engen associativen Verwandtschaft steht. Bei vielen Geisteskranken ändert sich dies. Auf eine Vorstellung V_1 folgt eine Vorstellung V_2, welche zu V_1 in gar keiner erkennbaren Beziehung steht. Wo diese Anomalie durchgängig auftritt, spricht man von Dissociation oder Incohärenz der Ideenassociation. Ein einfaches Beispiel für solche Dissociation ist folgendes: ich frage eine Kranke nach der jetzigen Jahreszahl, und sie antwortet mir darauf „blau". Die Vorstellung „blau" hat gar keine erkennbare Beziehung zu der Vorstellung „der jetzigen Jahreszahl", welche ich durch meine Frage angeregt habe.

Auch die Incohärenz der Ideenassociation betrifft nicht nur die Verknüpfung der Vorstellungen untereinander, sondern auch die Anknüpfung der ersten Vorstellung an die Empfindung und die Uebertragung der corticalen Erregung in das motorische Gebiet des Grosshirns. In ersterer Beziehung kommt es zu der bereits früher besprochenen Störung des Wiedererkennens. Die Kranken verkennen alle Gegenstände und Personen ihrer Umgebung. Die einfachsten Objecte werden falsch bezeichnet (Pseudoparaphasie) und falsch gebraucht (Parapraxie). Der Arzt wird bald für diesen, bald für jenen gehalten. Alle diese Verkennungen wechseln Minute für Minute. Dabei bestehen keinerlei Illusionen oder Hallucinationen. Gegenstände und Personen werden in normaler Weise empfunden, nur die associative Verarbeitung der Empfindungen (der gesehenen Personen, der gehörten Fragen etc.) ist eine pathologische. Statt derjenigen Vorstellungen, welche sich bei dem normalen Menschen associativ an eine Empfindung anreihen und so das Wiedererkennen und überhaupt die Orientirung ermöglichen, werden bei diesen Kranken entsprechend der allgemeinen Incohärenz ganz ungehörige Vorstellungen angereiht. So kommt es auch, dass die Kranken auf die einfachsten Fragen über ihre Personalien, das heutige Datum, ihren Aufenthaltsort, ihre letzten Erlebnisse falsch antworten. Diese Theil-

*) Nebenbei sei hier erwähnt, dass auch bei organischen Psychosen gelegentlich neben den Ausfallserscheinungen der Intelligenz Hemmungen auftreten können. So führt z. B. die Steigerung des Hirndrucks bei Hirntumoren fast ausnahmslos zu intercurrenten Zuständen von Denkhemmung.

erscheinnng der allgemeinen Incohärenz wird speciell als Unorientirtheit*) hezeichnet.

Ganz regelmässig änssert sich die Incohärenz der Association anch in den Bewegungen der Kranken. Dieselhen entsprechen weder den vorliegenden Empfindnngen noch den vorausgehenden Vorstellungen. Die Kranken greifen häufig fehl. Handarbeiten misslingen ihnen. Der Gang kann geradezu Ataxie vortäuschen. In den leichteren Fällen heschränkt sich die Störung auf ein planloses Umherwandern. Die succesiven Bewegungen des Kranken enthehren des inneren Zusammenhangs. Zielvorstellungen, welche eine grössere Reihe von Bewegungen zu einer complicirten Handlnng vereinigen, treten nicht auf. In den schwersten Graden kommt es zu ganz sinnlosen Bewegungen, die Kranken greifen in die Luft, werfen sich rücksichtslos nmher (Jactationen), verzerren das Gesicht. Anch in der einzelnen Bewegung ist kein Zweck mehr erkennbar. Häufig wird das Bild der Chorea vorgetäuscht, nnd früher hat man solche Fälle geradezu als „Chorea magna“ beschriehen.

Am augenscheinlichsten tritt die allgemeine Incohärenz in dem Mienenspiel, dem Sprechen und Schreiben der Kranken hervor. Das Mienenspiel passt nicht zu dem Inhalt der jeweiligen Vorstellungen und Empfindungen des Kranken. Zu den schreckhaftesten Vorstellungen kann sich z. B. ein lachendes Verzerren des Gesichtes gesellen. Man hezeichnet diese Störung der mimischen Innervation als Paramimie. Die transcorticale allgemeine Paraphasie oder Psendoparaphasie, welche im Gefolge der allgemeinen Incohärenz auftritt, ist bereits mehrfach erwähnt worden. Die Kranken bezeichnen die Gegenstände, welche sie sehen, fühlen etc. falsch und anch bei dem Spontansprechen (ohne Anlehnung an Empfindnngen) versprechen sie sich oft. Eine Verwechslung dieser dissociativen Paraphasie mit der dnrch Heerderkrankungen bedingten Paraphasie lässt sich nur vermeiden, indem man feststellt, oh die paraphasische Störung die Theilerscheinnng einer allgemeinen Incohärenz ist oder nicht.

Ueherhaupt spiegelt die Sprache die verschiedenen Grade der Incohärenz des Vorstellungsahlaufs am treuesten wieder. In den leichtesten Graden ist lediglich der Zusammenhang der Sätze untereinander

*) Aeltere und auch viele nenere Psychiater führen diese Unorientirtheit auf eine sog. Bewusstseinsstörung oder Störung des Selbstbewusstseins zurück. Diese Einführung eines nenen Seelenvermögens („Selbstbewusstsein“) ist ganz ungerechtfertigt. Die Unorientirtheit beruht lediglich auf einer Associationsstörung und erklärt sich ohne Zuhülfenahme einer nenen Seelenthätigkeit. Die Bezeichnnng „Bewusstseinsstörung“ ist schon deshalb unzweckmässig, weil der Vorgang der Orientirung in keinem höheren Grade bewusst ist, als jeder psychische Vorgang überhaupt.

gestört. In den schweren Graden leidet auch der Zusammenhang der Worte innerhalb des Satzes. Die Kranken brechen mitten im Satz ab oder fallen aus der Construction (Agrammatismus s. Akataphasie). Schliesslich werden die Vorstellungen überhaupt nicht mehr zu Urtheilen verknüpft, und sprachlich äussert sich dies darin, dass die Worte nicht mehr zu Sätzen verbunden werden: Wort wird an Wort ohne erkennbaren Zusammenhang, bald langsam, bald rasch angereiht. Häufig kehren dabei dieselben Worte in rascher Folge immer wieder und es entsteht dann das bereits früher erwähnte Symptom der Verbigeration. In den schwersten Fällen endlich leidet auch der Zusammenhang der Silben und Buchstaben innerhalb des Wortes. Die Kranken brechen mitten im Wort ab oder combiniren Theile verschiedener Worte zu einem Wort; häufig kommt es zu völligen Wortneubildungen. Selbst die Articulation der Buchstaben kann schliesslich leiden.

Ebenso wie die Sprache ist auch die Schrift durch die Incohärenz des Kranken verändert. Auch im Schreiben stellen sich Anakoluthe ein, Worte und Silben werden ausgelassen, unpassende schieben sich dafür ein, die Schriftzüge täuschen geradezu Ataxie vor.

Der Gesammtzustand, welcher durch die Trias der jetzt aufgeführten Symptome: Unorientirtheit, Incohärenz des Vorstellungsablaufs und motorische Incohärenz charakterisirt ist, wird auch als Verwirrtheit bezeichnet. Dabei ist jedoch im Auge zu behalten, dass es sich nicht etwa um 3 disparate Symptome handelt, sondern um Theilerscheinungen eines und desselben Grundsymptoms, nämlich der allgemeinen Incohärenz der Ideenassociation oder der Dissociation. Im Folgenden wird daher oft der Ausdruck Incohärenz ganz gleichbedeutend mit dem Ausdruck Verwirrtheit gebraucht werden.

Man unterscheidet eine primäre und eine secundäre Incohärenz.

Die primäre Incohärenz tritt autochthon, unabhängig von irgend welchen anderen psychopathischen Symptomen auf. Sie ist das dominirende Cardinalsymptom einer bestimmten Psychose, der sog. incohärenten Form der Paranoia.

Die secundäre Incohärenz ist eine Folgeerscheinung bestimmter anderer psychopathischer Symptome. Dieselbe kann bedingt sein durch

1. hochgradige Ideenflucht: wenn die Beschleunigung des Vorstellungsablaufs sich mehr und mehr steigert, so werden mehr und mehr Zwischenvorstellungen übersprungen und damit stellt sich eine zunehmende secundäre Incohärenz ein (ideenflüchtige Incohärenz).

2. Häufung disparater Wahnideen oder Hallucinationen: wenn inhaltlich sehr verschiedene Wahnideen oder Hallucinationen in grosser Zahl auftreten, so werden so verschiedene, z. Th. unvereinbare

Vorstellungsreihen angeregt, dass gleichfalls eine secundäre Incohärenz entsteht (wahnhafte und hallucinatorische Incohärenz). Die Association als solche ist hier normal, aber sie arbeitet mit einem pathologisch veränderten Vorstellungs- und Empfindungsmaterial, dessen Bewältigung sie nicht gewachsen ist.

3. Starke Affectsteigerungen: namentlich Angst- und Zornaffecte bedingen gelegentlich auch bei dem Gesunden, häufiger bei dem Kranken eine secundäre Incohärenz.

4. Intelligenzdefect: das Denken des Schwachsinnigen wird incohärent, theils weil es ihm an associativen Verknüpfungen fehlt, theils weil Vorstellungen, welche Verbindungsglieder darstellen könnten, nicht vorhanden sind (Incohärenz des Schwachsinns).

Die diagnostische Unterscheidung der soeben aufgeführten Formen der Incohärenz begegnet öfter grossen Schwierigkeiten.

Die secundäre ideenflüchtige Incohärenz liegt nicht etwa überall da vor, wo ein Kranker rasch und zugleich zusammenhangslos spricht. Es kommt nämlich nicht selten vor, dass zu einer primären Incohärenz eine primäre Ideenflucht hinzutritt. Vielmehr ist ein sicherer Nachweis, dass es sich in einem gegebenen Fall um eine secundäre ideenflüchtige, d. h. aus Ideenflucht hervorgegangene Incohärenz handelt, stets aus der Anamnese zu führen: diese muss ergeben, dass im Beginn der Krankheit nur Beschleunigung des Vorstellungsablaufs ohne Incohärenz bestand und dass erst allmählich parallel der Steigerung der Ideenflucht eine zunehmende Incohärenz sich eingestellt hat.

Die secundäre hallucinatorische, wahnhafte und affective Incohärenz ist meist an dem Gesichtsausdruck der Kranken und an dem Inhalt der zusammenhangslosen Vorstellungsreihen zu erkennen.

Am schwierigsten gestaltet sich die Unterscheidung der primären Incohärenz von der Incohärenz des Schwachsinns. Eine sichere Entscheidung ist zuweilen kaum möglich. Am werthvollsten sind im Ganzen noch folgende Merkmale:

1. Die motorische Incohärenz ist in der Regel bei der primären Incohärenz viel ausgesprochener als bei der Incohärenz des Schwachsinns. Speciell sind paraphasische Störungen und auch Parapraxie bei letzterer selten.

2. Sehr bezeichnend sind oft zusammenhängende Urtheilsassociationen, welche gelegentlich in klareren Momenten inmitten der incohärenten Vorstellungsreihen auftreten: bei dem Schwachsinn tragen diese Urtheilsverbindungen das deutliche Gepräge des Intelligenzdefects, während man bei der primären Incohärenz oft über die logische Schärfe solcher gelegentlichen Urtheilsassociationen überrascht ist.

3. Die incohärenten Vorstellungsreihen des Schwachsinnigen sind monotoner: dieselben Worte und Vorstellungen kehren immer wieder. Dem gegenüber ist die primäre Incohärenz viel productiver, es kommt nicht zur Ausbildung eines bestimmten Typus, die dauernde, völlige Regellosigkeit ist charakteristisch.

Dabei ist stets auch zu erwägen, dass ebenso, wie die Denkhemmung, auch die primäre Incohärenz schliesslich bei langer Dauer zu secundärem Intelligenzdefect (sekundärer Schwachsinn) führen kann.

Specielle Associationsstörungen.

α. Inhaltliche Störungen der Urtheilsassociationen (Wahnideen und Zwangsvorstellungen).

Der Geistesgesunde verbindet seine Vorstellungen zu Urtheilen. Diese Urtheilsverbindungen entsprechen im Allgemeinen den Verbindungen, in welchen die den verknüpften Vorstellungen entsprechenden Empfindungen thatsächlich vorgekommen sind, und somit auch den thatsächlichen Verbindungen der Objecte resp. ihrer Eigenschaften in der Aussenwelt. Das Urtheil: „Die Rose ist roth" enthält zwei Vorstellungen „Rose" und „roth", welche in einer Urtheilsassociation verknüpft sind. Diese Verknüpfung beruht darauf, dass die zugehörigen Empfindungen oft gemeinsam aufgetreten sind: ich habe oft rothe Rosen gesehen. Wir nennen das Urtheil richtig, insofern es einer thatsächlichen Empfindungsverbindung und somit auch den wirklichen Verhältnissen der Aussenwelt entspricht. Auch die Richtigkeit unserer abstractesten Urtheile beruht in letzter Linie darauf, dass die den im Urtheil enthaltenen Vorstellungen zu Grunde liegenden Empfindungen coëxistirt haben.

Die Ideenassociation wird von dem Princip der Aehnlichkeit und Gleichzeitigkeit beherrscht. Beide Principien sind wohl im Allgemeinen geeignet zu richtigen Urtheilsassociationen zu führen, beide enthalten jedoch auch schon in ihrem ganzen Wesen die Gefahr des Irrthums. Die Aehnlichkeit wird mit Gleichheit, die öftere Gleichzeitigkeit mit ausnahmsloser Gleichzeitigkeit verwechselt. Ein Kind hat eine einer Rose ähnelnde Georgine gesehen und bildet das Urtheil: „diese Blume (nämlich die Georgine) ist eine Rose". Oder ich werde gefragt: wie blüht die Rose in jenem Garten, und ich antworte, ohne sie gesehen zu haben, mit dem Urtheil „sie blüht roth". Dabei setze ich mich dem Irrthum aus. Es giebt weissblühende Rosen, und die Rose in jenem Garten blüht weiss. Ich habe oft den Empfindungscomplex „Rose" (Form, Duft) zusammen mit der Empfindung roth gehabt und

diese öftere Gleichzeitigkeit führt mich zu dem im Specialfall falschen Urtheil: die Rose blüht roth. So entstehen die Irrthümer,*) d. h. Urtheilsassociationen, die den Thatsachen des Empfindungslebens und damit den Thatsachen der Aussenwelt nicht entsprechen.

Dem Irrthum ist auch der Geistesgesunde ausgesetzt, aber bei dem Geistesgesunden sind dem Irrthum bestimmte Grenzen gesteckt. Das Kind überzeugt sich durch wiederholtes Sehen, dass die Georgine trotz der Aehnlichkeit von der Rose verschieden ist, und ich überzeuge mich durch den Augenschein, dass die specielle Rose in jenem Garten weiss blüht. So werden irrthümliche Vorstellungen nachträglich corrigirt. Das Vorstellungsleben steht unter der fortwährenden Controle der Empfindungen und wird hierdurch vor einem erheblicheren längeren Abweichen von den thatsächlichen Verhältnissen der Aussenwelt bewahrt. Gewiss giebt es auch Irrthümer (Vorurtheile, Rechthaberei, Aberglauben) bei dem Geistesgesunden, welche mit grosser Hartnäckigkeit jeder Correctur durch die Erfahrung widerstreben. Die Hartnäckigkeit solcher Irrthümer des Gesunden erklärt sich jedoch in ganz natürlicher Weise aus den Umständen des einzelnen Falles. Michael Kohlhas, der ein Mal thatsächlich Unrecht erlitten hat und nun sich von der ganzen Welt gekränkt glaubt und zahlreiche Unschuldige opfert, zeigt das Prototyp eines solchen hartnäckigen Irrthums. Tausend Erfahrungen sollten ihn belehren, dass er sein Urtheil über die Ungerechtigkeit seiner Umgebung in irriger Weise verallgemeinert hat, trotzdem bleibt er bei seinem Irrthum. Der Gefühlston der Vorstellung des ihm ein Mal thatsächlich widerfahrenen Unrechts ist zu mächtig. Den späteren Erfahrungen steht diese eine frühere Erfahrung gegenüber und gestattet denselben nicht, eine Correctur an dem Urtheil vorzunehmen. In vielen Fällen von Aberglauben ist es die Autorität irgend einer Persönlichkeit oder Gottes, welche gegentheiligen, aufklärenden Erfahrungen keinen Einfluss auf das Urtheilen einräumt. Während in den ebengenannten Fällen eine hervorragende Gefühlsbetonung die Hartnäckigkeit des Irrthums erklärt, ist es in anderen Fällen lediglich die Macht der Gewohnheit, die Enge der associativen Verknüpfung, welche die Correctur des irrigen Urtheils verhindert.

Dies der physiologische Irrthum. Der pathologische Irrthum, die Wahnidee hat mit dem physiologischen Irrthum gemein, dass ihre Vorstellungsverknüpfung den Thatsachen der Aussenwelt nicht entspricht. Sie unterscheidet sich von dem Irrthum des Geistesgesunden durch folgende Hauptpunkte:

*) Weiter entstehen Irrthümer auch dadurch, dass unsere Empfindungen den Reizen der Aussenwelt oft nicht genau entsprechen.

1. Die Wahnidee stützt sich auf ein ganz unzureicheudes, oft illusionär gefälschtes oder direct hallucinatorisches Empfindnngsmaterial.

2. Die Correctur der wahnhaften Urtheilsassociationen durch neue Empfindungen bleibt völlig aus, ohne dass dies Ausbleiben jeglicher Correctur in der oben für den physiologischen Irrthum auseinandergesetzten Weise sich erklären lässt; vielmehr beeinflusst umgekehrt

3. die Wahnidee das Empfindungsleben, indem die Empfindungen nicht nur im Sinn der Wahnideen gedeutet, sondern schliesslich auch im Sinn einer Illusion transformirt werden. Weiterhin kann die Wahnidee sogar Empfindungen aus sich heraus erzeugen, d. h. mit andern Worten zu entsprechenden Hallucinationen führen.

Wie sich aus dieser Darlegung sofort ergiebt, ist die Grenze zwischen dem physiologischen Irrthum und der Wahnidee keine scharfe. Zwischen der physiologischen Rechthaberei des Processkrämers und dem Verfolgungswahn des Querulanten, zwischen dem physiologischen Dünkel und der Grössenidee, zwischen der physiologischen Eifersucht und dem pathologischen Eifersuchtswahn existiren die fliessendsten Uebergänge. So leicht die Entscheidung, ob krankhafte Urtheilsassociationen vorliegen oder nicht, in den ausgesprochenen Fällen ist, so schwierig und selbst unmöglich kann sie in halbentwickelten Zuständen geistiger Veränderung werden.

Die W a h n i d e e ist nur e i n e Form des pathologischen Irrthums. Eine zweite Form ist die Z w a n g s v o r s t e l l u n g. Während bei der Wahnidee corrigirende Urtheilsassociationen gar nicht oder nur als ganz vorübergehende Zweifel auftreten, treten bei der Zwangsvorstellung berichtigende Urtheilsassociationen in überlegener Zahl auf. Der Kranke ist daher von der Unrichtigkeit und Krankhaftigkeit seiner unrichtigen Vorstellungen völlig überzeugt, wird dieselben aber trotzdem nicht los. Daher auch die Bezeichnung Z w a n g s vorstellung. Im Allgemeinen sind Wahnideen viel häufiger als Zwangsvorstellungen und sollen daher auch an erster Stelle besprochen werden.

W a h n i d e e n.

Die D e f i n i t i o n der Wahnidee ist bereits oben gegeben worden. Die E n t s t e h u n g der Wahnideen ist eine sehr verschiedene. Man hat folgende Entstehungsweisen zu unterscheiden:

1. Die Wahnidee taucht ganz p r i m ä r,*) häufig im Anschluss an eine ganz normale Empfindung auf. So geht z. B. ein jugendlicher Kranker durch die Ahnengallerie des Residenzschlosses in seiner Heimath-

*) Die Franzosen bezeichnen solche Wahnvorstellungen zweckmässig als Délire d'emblée.

stadt. Vor dem Bild eines Fürsten taucht plötzlich — trotz Mangels jeder Aehnlichkeit und ohne jeden vorhereitenden Gedanken — die Wahnvorstellung in ihm auf: der Fürst, der auf dem Gemälde dargestellt ist, ist dein Vater. Seitdem ist er von dieser Wahnvorstellung nicht wieder frei geworden. Sie ist ihm unumstössliche Gewissheit. Seit dem ersten Auftauchen ist niemals der leiseste Zweifel in ihm rege geworden.

2. Die Wahnidee ist logisch aus anderen Wahnideen erschlossen. So hat z. B. der eben erwähnte Kranke sofort aus seiner primären Wahnidee weiter geschlossen, dass sein wirklicher Vater nur sein Pflegevater, er selbst ein untergeschobenes Kind sei und dass feindliche Personen am Hofe ihn seinen fürstlichen Eltern gestohlen und zu niedrigen Leuten gebracht hätten. Hier hat sich also aus einer primären Grössenidee durch logische Schlüsse und phantastisches Weiter-Ausdenken eine Verfolgungsidee entwickelt. Noch viel häufiger ist das umgekehrte Verhalten: zuerst tritt eine primäre Verfolgungsidee auf, und an diese knüpft der Kranke weiterhin durch mehr oder weniger logische Schlussfolgerungen Grössenideen an. Der Kranke glaubt sich von allen Seiten angefeindet; er kann sich dies nur dadurch erklären, dass er seiner Persönlichkeit eine grössere Bedeutung zumisst, als sie seiner socialen Stellung und überhaupt den wirklichen Verhältnissen entspricht. Ein Kranker citirte mir geradezu das Goethe'sche Wort: „Die Hunde bellen, das ist mir ein Beweis, dass ich reite". In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kommt es zu dieser Weiterentwicklung der Verfolgungsideen zu Grössenideen. Dabei ist diese Weiterentwicklung jedoch durchaus nicht stets das Product eines bewussten logischen Schlussprocesses. Häufig reiht sich die Grössenidee an die Verfolgungsidee an, ohne dass der Kranke sich des logischen Zusammenhangs bewusst wird. Nicht selten bringen ihn erst die Fragen des Arztes („Wie kommen Sie zu dieser Selbstüberschätzung?") zum Bewusstsein des Zusammenhangs beider. Man bezeichnet alle derartigen Wahnvorstellungen, durch welche andere primäre Wahnvorstellungen weiter ausgebaut und ergänzt werden, als complementäre Wahnideen.

3. Die Wahnidee ist auf Grund von Hallucinationen entstanden (hallucinatorische Wahnideen). So sagt z. B. eine Stimme dem Kranken: „Du sollst sterben, im Essen ist Gift", und auf Grund dieser Hallucination bildet der Kranke die Wahnvorstellung, in seinen Speisen sei wirklich Gift. Dabei ist zu beachten, dass häufig auch das umgekehrte Verhältniss vorkommt, d. h. dass zuerst eine primäre Vergiftungsidee auftritt und später secundär im Sinne derselben Hallucinationen auftreten. Im Grunde genommen muss man sogar zugeben, dass selbst in den Fällen, wo die Hallucination der bewussten Wahnvorstellung

vorausgeht, die latente Disposition für letztere eben schon bei der speciellen Gestaltung der Hallucination mitgewirkt hat. Am klarsten tritt dies bei den früher erwähnten illusionären Auslegungen hervor. Hallucinatorische Fälschung der wirklichen Empfindungen (d. h. eben Illusion) und Wahnvorstellung sind hier oft geradezu gleichzeitig. Ein leises an sich unverständliches Geflüster wird zu verständlichen Schimpfworten transformirt unter dem Einfluss der gleichzeitig auftauchenden oder unmittelbar vorher aufgetauchten Wahnvorstellung, dass die flüsternden Menschen mich schimpfen oder verspotten könnten. Die Reihenfolge ist also hier: normale Empfindung (Geflüster), dann primäre Wahnvorstellung („ich werde verspottet") und mit letzterer fast gleichzeitig die Illusion, d. h. die Transformation des Geflüsters in bestimmte Schimpfworte.

4. Die Wahnidee ist aus einem Traum in das wache Leben hinübergenommen. Geisteskranke unterscheiden Traum und Wirklichkeit oft nicht. Ein Traumerlebniss wird bald unmittelbar nach dem Erwachen bald einige Stunden oder Tage und selbst Wochen später mit den Ereignissen des wachen Lebens verwechselt und führt nun ganz in derselben Weise, wie unter 3 die Hallucination, zu einer Wahnvorstellung. So träumte z. B. ein Kranker, er habe Nachts ein Duell mit einem Mitkranken gehabt, und ist seitdem fest davon überzeugt, dass er wirklich mit diesem Kranken gefochten hat und dieser Kranke sein Todfeind ist.*)

5. Die Wahnidee ist das Secundärsymptom einer Affectstörung, oder, wie man häufig sagt, ein Erklärungsversuch einer Affectstörung. So treten Grössenideen z. B. als Folgeerscheinung der heiteren Verstimmung auf. Dieser Zusammenhang ist keineswegs so zu denken, als zöge in den meisten Fällen der Kranke den bewussten Schluss: Ich bin so heiter und fühle mich so glücklich, also muss ich etwas Besonderes (Kaiser etc.) sein. Vielmehr entspricht nur der Gang der Ideenassociation der Stimmungslage. Wie alle Vorstellungen und Empfindungen, so sind namentlich auch die des eigenen Ich in krankhafter Weise mit gesteigerten Lustgefühlen verknüpft, und daher werden nun auch ausschliesslich oder fast ausschliesslich dementsprechende Vorstellungen mit dem Ich verknüpft. Umgekehrt treten auf dem Boden der Depression die Wahnvorstellungen der Versündigung, der Verarmung, der körper-

*) Ein französischer Psycholog berichtet über ein interessantes Beispiel, welches auch für den Gesunden einen Einfluss des Traumlebens auf die Association des wachen Lebens beweist. Er war gewohnt, fast täglich einem Herrn zu begegnen, dessen Namen er kannte, den er aber niemals grüsste. Eines Tages fiel ihm auf, dass er bei der Begegnung den Herrn grüsst. Er besann sich und stellte fest, dass er in der vergangenen Nacht von einem sehr vertrauten Gespräch mit dem betreffenden Herrn geträumt hatte.

lichen Krankheit und zuweilen auch der Verfolgung auf. Namentlich die Angst führt ungemein oft zu solchen secundären Wahnvorstellungen. Der psychopathologische Verlauf lässt sich hier geradezu in die logische Reihe bringen: ich habe Angst, also habe ich ein schlechtes Gewissen, also habe ich ein Verbrechen begangen. Nun martert der Kranke sich ab, bis ihm irgend eine harmlose Handlung oder ein kleines Vergehen, oft aus längstvergangener Zeit, einfällt. Dies wird nun zu einem schweren Verbrechen ausgedeutet und aufgebauscht. In anderen Fällen lautet die Schlussreihe: Ich bin so traurig, also muss ich körperlich elend sein, folglich habe ich ein schweres körperliches Leiden. Nun untersucht der Kranke seinen ganzen Körper und deutet eine leichte Verfärbung der Zunge als Zungenkrebs oder einen harmlosen Auswurf als Symptom einer fortschreitenden Phthise. Auch hier ist es meist nur die Analyse des Arztes, welche den psychopathologischen Vorgang in die Form eines solchen Schlussverfahrens bringt. Dem Kranken selbst kommt dieser logische Zusammenhang fast niemals zum Bewusstsein, höchstens nachträglich kann ihn das eingehende Fragen des Arztes oder später die Genesung auf eine Vermuthung dieses Zusammenhangs bringen. Die Gesammtheit aller dieser aus Affectstörungen entspringenden Wahnideen bezeichnet man als affective Wahnvorstellungen.

Die Unterscheidung dieser 5 in ihrer Entstehung verschiedenen Formen der Wahnidee ist diagnostisch und prognostisch von der grössten Tragweite, wie weiter unten ausführlich zu erörtern sein wird. Demgegenüber ist der Inhalt der Wahnvorstellung erst von secundärer Bedeutung. Hinsichtlich dieses Inhalts der Wahnideen fällt nun zunächst auf, dass alle Wahnvorstellungen sich fast ausnahmslos auf das Ich des Kranken beziehen. Ganz objective Wahnvorstellungen, die in gar keiner Beziehung zu dem Kranken stehen, sind sehr selten. Selbst wenn eine Kranke die Berge, welche die Anstalt umgeben, auf Grund ihrer heiteren Verstimmung für die Riviera erklärt oder eine Mitkranke für die Grossfürstin hält, so schleicht sich in solche scheinbar ganz objective wahnhafte Verkennungen fast stets der Gedanke ein, dass diese Verwandlungen in bestimmter Beziehung zu dem Ich des Kranken stehen. Weitaus häufiger ist das Ich direct das Subject der Wahnvorstellung. Ausser dem Bezug auf das Ich ist für die meisten Wahnvorstellungen auch die starke Gefühlsbetonung charakteristisch; es handelt sich sehr selten um gleichgültige Vorstellungen. Die Ich-Wahnvorstellungen theilt man je nach ihrem speciellen Inhalt entsprechend den beiden Hauptrichtungen unseres Affectlebens in megalomanische und mikromanische ein (Grössenwahn und Kleinheitswahn).

Der Grössenwahn äussert sich bald in einfacher allgemeiner Selbstüberschätzung, bald in bestimmt formulirten einzelnen Vorstellungen.

In den einfachsten Fällen bezieht sich der Grössenwahn auf die körperliche Gesundheit, Schönheit und Leistungsfähigkeit oder auf die geistige Gesundheit und Begabung. Der Kranke glaubt ewig zu leben. Er prahlt mit seiner Muskelkraft und seiner Potenz. Er behauptet, sein Blick und seine Stimme reiche viele Meilen weit. Er hält sich für ein Genie oder für ein berufenes Werkzeug Gottes. So entstehen Propheten, Erfinder und Reformatoren. In anderen Fällen betrifft die Selbstüberschätzung vorzugsweise frühere Erlebnisse und Leistungen sowie die sociale Stellung. Der Kranke hat zahllose Reisen (bis auf andere Planeten) gemacht, grosse Jagden mitgemacht, Schlachten geschlagen etc. Ein anderer nennt sich unermesslich reich, prahlt mit der Schönheit seiner Frau, der Zahl seiner Kinder, seinem politischen Einfluss und allerhand Titeln und glaubt sich von hochstehenden Personen (Fürstinnen) geliebt; häufig führt auch der Kranke seine Abstammung auf Fürsten zurück, er ist ein untergeschobenes Fürstenkind, seine „sogenannten Eltern" sind seine Pflegeeltern. Bald schreibt er ein „von" vor seinen Namen, bald behauptet er Feldmarschall, Kaiser, Christus oder Gott oder gar „Obergott" zu sein („Gottnomenclatur"). Nicht selten überträgt sich der Grössenwahn des Kranken auch auf seine Umgebung. Alles erscheint ihm wunderbar verschönt und unendlich viel bedeutsamer als früher. Auch in seiner Umgebung vermuthet er verkleidete Fürsten. Die Zelle wird ihm zum Palastzimmer, das aufgelesene Glimmersteinchen zum Diamanten, die Risse im Strohhut zu den „Zacken eines Diadems".

Je nach Stand, Begabung etc. wechselt der Inhalt dieser Grössenideen ausserordentlich. Am wichtigsten für die diagnostische Verwerthung des Grössenwahns ist die eigenthümliche Färbung des Inhalts, welche die Grössenideen durch einen gleichzeitigen Intelligenzdefect erfahren. Man bezeichnet solche Grössenideen auch kurz als „schwachsinnige Grössenideen". Namentlich im Exaltationsstadium der Paralyse sind dieselben sehr häufig. Der Schwachsinn verräth sich hauptsächlich durch die Maasslosigkeit der Grössenvorstellungen bei dürftiger psychologischer Motivirung. Wenn Jemand auf Grund einer Gehörstäuschung glaubt, ein Schatz von Millionen sei irgendwo für ihn verborgen, so enthält die Hallucination wenigstens noch eine Motivirung dieser Grössenvorstellung und ist letztere daher nicht schwachsinnig. Wenn Jemand unter einer Volksmenge steht und den Gruss des vorüberreitenden Kaisers speciell auf sich bezieht und sich deshalb für den Sohn des Kaisers hält, so liegt wiederum wenigstens eine Motivirung vor, und auch diese Grössenidee kann nicht als schwachsinnig bezeichnet werden. Wenn hingegen ein Kranker lediglich auf Grund krankhafter heiterer Verstimmung Kiesel für Diamanten und sich für den Obergott hält, wenn er noch dazu den schneidenden Widerspruch zwischen seiner

Lage und den Grössenideen nicht bemerkt und durch Suggestivfragen (Sie besitzen doch noch mehr wie zwei Millionen? etc.) sich zu beliebigen Steigerungen seiner Grössenideen hinreissen lässt, so handelt es sich um schwachsinnige Grössenideen.

Der Kleinheitswahn verknüpft mit dem Ich allerhand Vorstellungen, welche mit Unlustgefühlen verknüpft sind. Die wichtigsten dieser Vorstellungen sind:

1. Der Versündigungswahn.
2. Der Krankheitswahn (hypochondrischer Wahn).
3. Der Verarmungswahn.
4. Der Verfolgungswahn.

Andere Formen des Kleinheitswahns sind seltener. Der Wahn hässlich oder entstellt zu sein findet sich gelegentlich neben hypochondrischen Wahnideen und Versündigungsvorstellungen, ab und zu auch combinirt mit Verfolgungswahn („man hat durch Gifte meinen Körper entstellt, damit ich Niemandem mehr gefallen kann"). Der Versündigungswahn ist meist affectiven Ursprungs, d. h. also ein Erklärungsversuch der primären Depression und Angst (s. o.). Sehr viel seltener ist er primär oder hallucinatorisch.

Zu dem Versündigungswahn tritt zuweilen eine eigenartige Form des complementären Grössenwahns hinzu: um seine jetzige Schlechtigkeit und Nichtigkeit in noch grelleres Licht zu setzen und die Tiefe seines Falles zu steigern, spricht der Kranke in ganz übertreibender Weise, also im Sinne eines Grössenwahns, von seiner Unschuld und seinem Glück in der Vergangenheit. So erzählte ein Melancholischer, der sich sonst stets in den typischsten Selbstanklagen erging, eines Tages: „Ich war der heilige Geist. Hätte ich meine Allmacht benutzt, wären wir jetzt alle glücklich. So bin ich verflucht. Ich habe den heiligen Geist getödtet. Die ganze Welt ist durch mich in Unglück und Entsetzen". Man bezeichnet diese Form der complementären Grössenidee, welche sich zu dem Versündigungswahn hinzugesellen kann, als contrastirende Grössenidee.

Der hypochondrische Wahn oder Kranheitswahn bezieht sich zuweilen auf die geistige Gesundheit: die Kranken klagen, dass ihr Gehirn zerstört und ihre Denkfähigkeit zu Grunde gerichtet sei, obwohl dieses Urtheil in den Thatsachen und auch in den Empfindungen der Kranken keine oder wenigstens keine ausreichende Begründung findet. Viel häufiger noch wähnen die Kranken eine bestimmte unheilbare körperliche Krankheit zu haben. Syphilis, „Gehirnerweichung", „Rückenmarksdarre", „Schwindsucht", Krebs werden am häufigsten vom Kranken angenommen. Für den speciellen Inhalt dieser hypochondrischen Wahn-

vorstellungen ist oft ein Zufall entscheidend: der Kranke hat gerade einen Fall tödtlich verlaufener Syphilis vor Kurzem erlebt oder berichten hören und dank dieser Constellation nimmt sein Krankheitswahn die specielle Form der Syphilidophobie an. Oder der Kranke hat zufällig gerade einen harmlosen Bronchialkatarrh und geräth so speciell auf den Wahn tuberkulös zu sein. Mitunter bezieht sich der Krankheitswahn auch nicht auf ein bestimmtes Leiden, sondern auf den vermeintlichen Ausfall einer bestimmten Function. So tritt z. B. der Wahn sexueller Impotenz (bei Masturbanten), der Wahn nicht gehen und stehen zu können, nicht sprechen zu können auf. Wegen der später zu erwähnenden Rückwirkung gerade dieser Wahnvorstellungen auf die bezüglichen Functionen haben dieselben besondere Wichtigkeit. Endlich tritt der hypochondrische Wahn noch in einer besonderen Form auf, welche man auch als den mikromanischen Wahn im engeren oder wörtlichen Sinn bezeichnet hat. Die Kranken behaupten nämlich, sie hätten dieses oder jenes Organ verloren, sie hätten keine Lunge, keinen Magen mehr etc., in ihren Adern fliesse Spülwasser, das Blut sei weg, der After sei verschlossen, der Schlund verwachsen, der ganze Körper auf Millimetergrösse reducirt. Am häufigsten kommen diese eigenartigen hypochondrischen Wahnvorstellungen im depressiven Stadium der Dementia paralytica vor.

Eng verwandt mit den hypochondrischen Wahnvorstellungen ist der Schwangerschaftswahn, wie er bald bei verheiratheten, bald bei ledigen weiblichen Individuen gelegentlich auftritt. Bald handelt es sich dabei nur um einen dem krankhaften Uebermuth oder dem Bestreben sich interessant zu machen entsprungenen Scherz, bald gründet er sich auf die Selbstanklage sträflichen sexuellen Verkehrs. Endlich wird in vielen Fällen die Wahnidee oder hallucinatorische Empfindung der Cohabitation (z. B. des Stuprums) von der Phantasie der Kranken weiter fortgebildet zu dem in Rede stehenden Schwangerschaftswahn. Dabei wirken häufig illusionär transformirte Abdominalempfindungen mit. Auch bei Männern hat man in seltenen Fällen solchen Schwangerschaftswahn beobachtet.

Die Entstehung der übrigen hypochondrischen Wahnvorstellungen ist sehr verschieden. Viele entstehen als Erklärungsversuche der Depression und Angst, ähnlich wie die meisten Versündigungsvorstellungen, und nur der specielle Inhalt wird durch zufällige wirkliche Empfindungen beeinflusst. In vielen anderen Fällen tritt die hypochondrische Wahnvorstellung ganz primär auf, meist angelehnt an irgend eine thatsächliche (nicht hallucinatorische) Empfindung. Der Kranke empfindet ein leichtes Stechen über dem Schlüsselbein und knüpft hieran direct — ohne Dazwischentreten oder Mitwirkung irgend welcher Depression oder Angst — die Wahnvorstellung, Lungenschwindsucht zu haben.

Erst secundär führt diese Wahnvorstellung nun zu einer — bei gegebenen Prämissen — durchaus physiologischen Depression und Todesangst. Namentlich die sog. Organempfindungen, welche unsere Eingeweidenerven uns zuführen, sind gerade wegen ihrer Unbestimmtheit zu hypochondrischen Ausdeutungen sehr geeignet. Noch häufiger als an normale Empfindungen sind es die krankhaften Empfindungen der sog. Nervosität oder Neurasthenie, an welche die hypochondrischen Wahnvorstellungen anknüpfen. So kann die Empfindung des Kopfdrucks, über welche zahllose Neurastheniker klagen, zu der primären*) Wahnvorstellung führen, unter den Schädelknochen sitze ein Geschwür oder im Gehirn sei eine Geschwulst. Man nennt alle diejenigen Symptome irgend welcher körperlicher Krankheit — es sei ein Herpes-Bläschen auf der Glans penis oder ein neurasthenisches Symptom —, an welche der Kranke hypochondrische Wahnvorstellungen knüpft, hypochondrische Anknüpfungssymptome. Der Herpes praeputialis ist z. B. das Anknüpfungssymptom für die hypochondrische Vorstellung des Syphilidophoben, der Kopfdruck das Anknüpfungssymptom für die hypochondrische Wahnvorstellung eines Hirnabscesses.

Sehr viel seltener als die affective und primäre Entstehung ist eine hallucinatorische Entstehung hypochondrischer Wahnvorstellungen. Nur die Hallucinationen auf dem Gebiet der Berührungsempfindungen und namentlich der Organempfindungen gehen häufiger zu hypochondrischen Wahnideen Anlass. So fühlt ein Kranker eigenthümliche Bewegungen im hinteren Theil seiner Schädelhöhle und knüpft an diese Organhallucinationen die hypochondrische Vorstellung, sein Kleinhirn sei zerstört. Praktisch lassen sich diese hallucinatorischen Krankheitswahnvorstellungen übrigens gar nicht von den an krankhafte wirkliche Organempfindungen angelehnten primären Krankheitswahnvorstellungen, welche soeben erörtert wurden, trennen; denn wir sind nicht im Stande zu sagen, ob z. B. jene eigenthümliche Empfindung, welche unser Kranker in seine Schädelhöhle verlegt, schlechthin Hallucination oder eine neurasthenische, nicht in der Hirnrinde, sondern in der Peripherie wirklich ausgelöste Empfindung**) oder endlich ein Mittelding zwischen beiden, eine illusionär-transformirte neurasthenische Empfindung, d. h. also eine Illusion ist.

Die Entstehung hypochondrischer Wahnvorstellungen aus Träumen

*) Man nennt auch diese Wahnvorstellungen noch primär, weil kein psychopathisches, sondern ein körperliches Symptom (der Kopfdruck) die Wahnvorstellung hervorruft.

**) Dabei wird also die Annahme zu Grunde gelegt, dass die krankhaften Sensationen der Neurasthenie eben keine Hallucinationen sind, sondern peripher ausgelöst werden.

oder durch logische Schlüsse aus anderen Wahnideen ist so selten, dass sie hier übergangen werden kann.

Der Verarmungswahn ist meist ähnlich wie der Versündigungswahn affectiven Ursprungs. Häufig kommen beide nebeneinander vor. So sagte eine Kranke auf der Höhe der Angst: entweder sterbe ich als Bettlerin auf der Landstrasse oder als Verbrecherin im Zuchthaus.

Die vierte Form des Kleinheitswahns ist der Verfolgungswahn. Derselbe unterscheidet sich von den drei erstgenannten ganz wesentlich dadurch, dass für die thatsächlichen oder vermeintlichen Beschwerden des Ich feindliche Personen als Urheber angenommen werden. Der Kranke mit Versündigungswahn, Verarmungswahn und Krankheitswahn entwickelt seine Wahnvorstellungen, als ob andere Menschen nicht existirten. Der Verfolgungswahn betrifft gerade die Beziehungen des Kranken zu den Personen seiner Umgebung. Die Entstehungsweise des Verfolgungswahns ist sehr mannigfach. Sehr häufig tritt er primär, angelehnt an wirkliche Empfindungen auf. So kann die natürliche Müdigkeitsempfindung, welche eine Kranke nach einem Glas Bier fühlt, zur Entwicklung der Verfolgungsidee führen, das Bier sei vergiftet gewesen, Feinde hätten sie betäuben wollen, um irgend welches Verbrechen an ihr zu begehen oder man habe sie aus der Ferne „magnetisirt oder hypnotisirt". Ungemein häufig ist die Entstehung aus Hallucinationen oder Illusionen. Hallucinatorische Schimpf- und Drohworte sind besonders fruchtbar in der Erzeugung von Verfolgungsideen. Auch Träume geben nicht selten Anlass zu Verfolgungsideen. Sehr selten tritt ein Verfolgungswahn affectiven Ursprungs auf. Die Erklärungsversuche der Depression und Angst ignoriren in der Regel die umgebenden Personen zunächst völlig und beschränken sich auf das Ich des Kranken. Sehr viel häufiger ist die complementäre Verfolgungsidee. Der Verfolgungswahn, welcher im Anschluss an Grössenwahn auftritt, wurde oben schon erwähnt. Sehr häufig schliesst sich ein complementärer Verfolgungswahn auch an hypochondrische Wahnvorstellungen und zwar namentlich gerade an primäre hypochondrische Wahnvorstellungen an. Der Kranke, der zunächst allerhand hypochondrische Vorstellungen sich gebildet hat, verfällt schliesslich dem Causalitätsbedürfniss, welches jedem Menschen innewohnt: er sucht nach einer Ursache seiner vermeintlichen Leiden und findet sie schliesslich in irgend welchen Beeinflussungen (z. B. Vergiftung) durch eine feindliche Umgebung. Auch der Versündigungswahn kann zu Verfolgungsideen complementären Charakters führen: der Kranke, der sich imaginärer Verbrechen zeiht, glaubt, dass seine Umgebung ihn verächtlich ansieht, dass man ihm scheu ausweicht, dass Häscher ihm auf der Ferse sind. Der Gedankengang dieses secundären Verfolgungswahns ist also von

dem des primären total verschieden. Letzterer lautet: „man verfolgt mich, aber ich bin unschuldig“, während ersterer lautet: „ich habe ein Verbrechen begangen, deshalb verfolgt man mich, und ich habe diese Verfolgung und die drohende Strafe verdient“.

Der Inhalt des Verfolgungswahns wechselt im Einzelnen ausserordentlich. Er kann sich auf ein ganz unbestimmtes „Gefühl“ des Unheimlichen oder der Beeinflussung oder der Beeinträchtigung oder auch der Beachtung beschränken. In vielen Fällen nimmt er bestimmtere Gestalt an. Bald bezieht er sich auf die sociale Stellung und das Eigenthum des Kranken. Der Kranke glaubt sich verachtet, klagt seine Frau ohne Grund der Untreue an (Eifersuchtswahn), wähnt sich bestohlen, behauptet, seine Kleider würden heimlich von anderen getragen und ruinirt u. dgl. Bald bezieht sich der Verfolgungswahn vorwiegend auf den Körper des Kranken. Er behauptet, dass man durch giftige Dünste oder Beimengungen zu den Speisen seine körperliche Gesundheit irgendwie beeinträchtige. Die nervöse Unruhe des eigenen Körpers wird auf unsichtbare elektrische Maschinen, die Mattigkeit auf magnetische Einflüsse zurückgeführt. Pollutionen sollen von den Machinationen unsichtbarer Feinde herrühren, welche ihm den „Samen abziehen“, um ihn impotent zu machen oder überhaupt körperlich zu schwächen. Bleiben die Pollutionen längere Zeit aus, so schleicht sich die Wahnvorstellung ein, künstliche Impotenz sei bereits durch irgendwelche „Quacksalberei“ hervorgerufen worden. Die Verfolgungsvorstellung einer gewaltsamen Bedrohung des Lebens oder der sexuellen Ehre (Stuprum) schliesst sich hier weiter an. Eine andere Variante des Verfolgungswahnes geht dahin, dass der Kranke eine thatsächlich vorhandene pathologische Hemmung des Denkens oder krankhafte anderweitige Gedanken und Regungen, deren Abnormität er selbst fühlt, auf die Beeinflussung durch Feinde zurückführt. Solche Kranke klagen, dass man ihnen ihre Gedanken stehle und ihnen falsche unterschiebe.

Als Urheber der wahnhaften Verfolgung bezeichnet der Kranke bald bestimmte Personen seiner Umgebung, bald nimmt er unsichtbare unbestimmte Gegner an. Als letztere erscheinen besonders häufig die Freimaurer, die Jesuiten, die Anarchisten u. s. w. In der Regel gelangt der Kranke schliesslich zu der Ueberzeugung, dass ein grosses Complott gegen ihn besteht. Sein Verfolgungswahn zieht immer weitere Kreise. Schliesslich ist der Kranke der Mittelpunkt eines weitverzweigten Getriebes. Jedes Tagesereigniss steht in Beziehung zu seiner Person. Diese egocentrische Gestaltung des Verfolgungswahnes tritt meist um so schärfer hervor, je chronischer und langsamer seine Entwicklung sich vollzieht.

Bei der Besprechung des Grössenwahnes wurde oben bemerkt, dass derselbe gelegentlich auch auf die Umgehung übertragen wird. Bei dem Kleinheitswahn kommt dies erheblich seltener vor. So hört man z. B. in seltenen Fällen Kranke mit Versündigungswahn nebenbei auch äussern: „Durch mich ist Gott aus der Welt gekommen, durch mich sind alle Menschen schlecht geworden". „Alles ist verödet und verarmt" äusserte dieselbe Kranke öfter. Auch der Krankheitswahn kann in dieser Weise nach aussen projicirt werden: „Alle Menschen sehen so krank aus", hört man zuweilen äussern. Ueberhaupt ist der Wahn, dass anderen Menschen, speciell den eigenen Angehörigen ein Unglück, sei es Verarmung oder Krankheit oder Verfolgung, zugestossen sei, unter den nach aussen projicirten Kleinheitswahnvorstellungen noch die häufigste. Meist beruht er direct auf Hallucinationen entsprechenden Inhalts. —

Eine ganz eigenartige objective Weiterbildung und Verallgemeinerung erfährt der Kleinheitswahn in dem sog. „allgemeinen Verneinungswahn" (Délire de négation généralisé französischer Autoren). Derselbe knüpft meist an Versündigungsideen an: der Kranke findet seine Schuld so schwer, dass er sich mit dem Teufel identificirt. Er schliesst weiter, dass er diese Schuld nur in einer unendlichen Zeit abbüssen kann und wähnt sich daher unsterblich. Damit kann sich der weitere Gedanke associativ verknüpfen, dass auch sein Körper im Raum ebenso wie in der Zeit unendlich sei (Délire d'énormité).*) Die übrige Welt, entwickelt der Kranke seinen Wahn weiter, existirt nicht mehr, alle anderen Menschen sind nur Schatten, selbst Gott existirt nicht mehr. „Alle Menschen sind verhungert, die Welt ist ausgestorben, die Sonne ist fort", sagte eine andere Kranke. In manchen Fällen, so namentlich auch bei der senilen Demenz, geht der allgemeine Verneinungswahn von hypochondrischen Wahnvorstellungen aus: der Kranke behauptet zunächst, er habe keinen Magen oder keine Leber oder keine Lunge mehr. Daran schliesst sich einerseits der Wahn unsterblich zu sein und andererseits gleichzeitig trotz des offenbaren Widerspruchs der Wahn: ich existire gar nicht mehr. Weiterhin wird dann wie in dem zuerst beschriebenen Fall auch die Existenz der Mitmenschen, der Welt und selbst Gott geleugnet.

Art des Auftretens und weitere Schicksale der Wahnidee. Viele Wahnideen treten ganz plötzlich auf, bald im Anschluss an eine Hallucination, bald im Anschluss an eine normale Empfindung, zuweilen auch völlig frei als sogenannte Einfälle. Andere entwickeln

*) Eine häufigere Variante dieser Gedankenkette geht auch dahin, dass der Kranke unendliche Massen Koth zu entleeren und in denselben die ganze Welt zu ersticken wähnt.

sich schleichend aus den unbestimmtesten Vermuthungen zu immer bestimmteren Umrissen. Das weitere Schicksal ist je nach der Entstehungsweise sehr verschieden. Unter den affectiven Wahnideen sind die hyperthymischen, d. h. die aus einer primären heiteren Verstimmung entsprungenen durch grosse Flüchtigkeit und raschen Wechsel ausgezeichnet. Die Beständigkeit der hallucinatorischen Wahnurtheile hängt ganz und gar von der Beständigkeit der zu Grunde liegenden Sinnestäuschungen ab. Wechseln jene rasch, so kommt es meist nicht zu einer Fixirung der hallucinatorischen Wahnideen. Die primären Wahnideen zeichnen sich meist durch schleichende Entwicklung und Neigung zur Fixirung aus. Nur bei einer einzigen überdies ziemlich seltenen Psychose, der acuten einfachen Paranoia, findet man ein massenhaftes Auftreten sehr wechselnder, zum Theil widersprechender, jedenfalls sehr flüchtiger primärer Wahnvorstellungen. In allen anderen Fällen sind die primären Wahnideen durch grosse Stabilität ausgezeichnet und gehen daher eine sehr ungünstige Prognose.

Mit der Fixirung der Wahnvorstellungen ist sehr häufig ein zweiter Vorgang verknüpft, welchen man als Systematisirung der Wahnideen bezeichnet. Diese besteht darin, dass der Kranke zu seinen einzelnen Wahnideen complementäre Wahnideen zufügt, welche einen logischen Zusammenhang mit den ursprünglichen Wahnvorstellungen zeigen. Mitunter besteht die Systematisirung auch lediglich in einem phantastischen Ausbauen und Ausschmücken der ursprünglichen Wahnvorstellungen. Letzteres liegt z. B. vor, wenn ein Kranker zunächst die primäre Wahnidee concipirt, er sei ein untergeschobenes Kind, und diese dann weiterhin — zuweilen im Verlauf von Jahren — dahin ausschmückt, dass er auf einem anderen Planeten geboren, von dort gestohlen und zu seinen „sogenannten“ irdischen Eltern gebracht worden sei. Bei dieser Ausschmückung werden oft auch Erlebnisse, welche weit vor dem Beginn der Erkrankung liegen, im Sinne der jetzigen Wahnideen aus- und umgedeutet. Die retrospectiven Auslegungen täuschen daher oft eine erheblich längere Krankheitsdauer vor, als sie den Thatsachen entspricht. Je nach Phantasie, Bildung, logischer Begabung und socialer Stellung fällt dieser Ausbau natürlich sehr verschieden aus. Die systematische Entwicklung complementärer Wahnvorstellungen ist bereits oben mehrfach berührt worden. Am häufigsten ist die Ergänzung des Verfolgungswahns durch einen secundären Grössenwahn. Seltener treten zuerst Grössenideen auf und führen später zu complementären Verfolgungsideen. Der Versündigungswahn bleibt in den meisten Fällen isolirt; die gelegentliche Weiterentwicklung zu Verfolgungswahn oder contrastirendem Grössenwahn oder allgemeinem Verneinungswahn wurde schon erwähnt. Prognostisch sehr bedeutsam ist

die Tendenz der hypochondrischen Wahnvorstellungen sich zu complementären Verfolgungsideen weiter zu entwickeln.

Diese systematisirten Wahnvorstellungen oder Wahnsysteme dauern meist so lange als das Leben der Kranken. Sie sind es, welche der Laie als „fixe Ideen“ κατ' ἐξοχήν bezeichnet. Eine genauere Beobachtung lehrt freilich, dass im Laufe der Jahre auch diese systematisirten Wahnvorstellungen leichte Verschiebungen und Abänderungen erfahren.

Vorbedingung für jede Systematisirung von Wahnvorstellungen ist eine gewisse Höhe der geistigen Entwicklung. Schwachsinnige concipiren wohl auch Wahnvorstellungen, aber ihr Intelligenzdefect hindert meist jede Systematisirung derselben. Bei dem Vollsinnigen*) ist man oft erstaunt, wie er die scheinbaren Widersprüche seiner Wahnideen unter sich und mit der Wirklichkeit durch scharfsinnige Hypothesen auszugleichen oder zu beseitigen versucht. Der Schwachsinnige bemerkt diese Widersprüche gar nicht oder steht ihnen rathlos gegenüber.

Das gerade Gegentheil zu den systematisirten Wahnideen (z. B. einer Paranoia completa) stellen die abrupten und incohärenten Einfälle anderer Kranken dar. So reiht z. B. ein Kranker in einem Athem folgende Urtheile aneinander: „Das Weltall wird fest — schwarz ist weiss — ich habe 9 Häuser in Constantinopel in Japan gebaut — ich habe vor 9 Millionen Jahren die Welt geschaffen“. Eine solche Incohärenz der Wahnideen kommt keineswegs ausschliesslich bei Schwachsinnigen, sondern auch bei Vollsinnigen zumal auf dem Boden schwerer erblicher Belastung meist vergesellschaftet mit einem leichteren Grad allgemeiner Incohärenz des Vorstellungsablaufs vor.

Zeitliche Beziehungen der Wahnvorstellungen. Bisher war im Wesentlichen nur von solchen Wahnvorstellungen die Rede, welche inhaltlich sich direct auf die Gegenwart beziehen. Nicht selten treten jedoch auch Wahnvorstellungen auf, welche nur auf die Zukunft oder die Vergangenheit sich beziehen. Die auf die Zukunft sich beziehenden Wahnvorstellungen sind ohne Weiteres verständlich. Der Kranke, der an Grössenwahn leidet, überschätzt nicht nur sein augenblickliches Ich, sondern auch seine künftigen Leistungen und Geschicke. Er ergeht sich in grossen Plänen, welche seine Fähigkeiten und seine sociale Stellung weit überschreiten. Er plant Geschäftsvergrösserungen, weite Reisen, kostspielige Bauten, reiche Heirathen u. dgl. mehr. Der Krankheitswahn ergeht sich in wahnhaften Todesbefürchtungen; allnächtlich ruft der Kranke seine Familie zusammen, um sein Testament

*) Vollsinnig bedeutet nicht geistesgesund, sondern nicht-schwachsinnig, d. h. ohne Intelligenzdefect.

zu machen. Ich kenne einen Kranken, der auf Grund seiner hypochondrischen Vorstellungen sich bereits mehrfach als Leiche aufbahren liess. Auch der Wahn, in einer näheren oder ferneren Zukunft werde den Angehörigen ein Unglück zustossen, gehört hierher.

Praktisch weit wichtiger und von den früher besprochenen Wahnideen weit verschiedener sind manche auf die Vergangenheit bezüglichen Wahnvorstellungen. Es kommen nämlich hier namentlich folgende beide Formen retrospectiver Wahnvorstellungen in Betracht:

1. Die Erinnerungsentstellungen. Es handelt sich bei diesen um wahnhafte Entstellungen wirklicher Erlebnisse der Vergangenheit. Am häufigsten finden sie sich bei den hysterischen Psychosen und dem Schwachsinn und zwar speciell bei den leichteren Formen des letzteren. Wenn eine Hysterische irgend einen Vorgang, z. B. den Besuch eines Arztes, erlebt hat, so schmückt ihre Phantasie nachher in einer mehr oder weniger bewussten Weise diesen Vorgang z. B. dahin aus, dass der Arzt einen Stuprumversuch gemacht habe. Bald kann die Kranke Wirklichkeit und Phantasie nicht mehr unterscheiden und, soll sie den Vorgang später wiedererzählen, so reproducirt sie ihn bona fide in ganz entstellter Weise. Dabei ist die Kranke bereit, jedes Detail ihrer entstellten Erzählung zu beschwören. Auch das Lügen mancher Schwachsinnigen beruht zuweilen auf einer solchen unbewussten oder vom Kranken später vergessenen Entstellung der Erinnerungsbilder durch die Phantasie. Bei dem Schwachsinn kommt hinzu, dass auch eine merkliche Gedächtnissschwäche besteht und dass schon deshalb die Reproductionstreue mangelhaft ist.

2. Erinnerungstäuschungen. Sie unterscheiden sich von den Erinnerungsentstellungen in ähnlicher Weise wie die Hallucinationen von den Illusionen. Während den Erinnerungsentstellungen wirkliche Erlebnisse zu Grunde liegen, welche nur in der Reproduction verändert werden, liegen den Erinnerungstäuschungen überhaupt gar keine wirklichen Erlebnisse (auch keine Träume oder Hallucinationen) zu Grunde. Dieselben sind völlig freie Erfindungen der krankhaft erregten Phantasie, welche vom Kranken optima fide als wirkliche Erlebnisse berichtet werden. Den Hauptformen, welche wir bei den Wahnideen überhaupt unterschieden, begegnen wir hier wieder. Wir kennen nämlich:

a) Erinnerungstäuschungen in Folge von Affectstörungen. Der Maniakalische fabelt in seiner heiteren Exaltation dem Arzte allerhand grosse Thaten, die er ausgeführt, und grosse Erlebnisse, die er durchgemacht haben will, vor. Der Melancholiker erfindet in der Angst zuweilen Verbrechen, die er begangen haben will, und schildert die Ausführung mit allen Details. Beides ist übrigens selten als Erinnerungstäuschung im eigentlichen Sinne zu betrachten. Der

Maniakus ist sich meist der Unwirklichkeit seiner Münchhausiaden bewusst, und bei dem Melancholiker handelt es sich meist um Ausdeutungen und Erinnerungs**entstellungen** wirklicher Erlebnisse. Die Erinnerungstäuschungen der progressiven Paralyse im maniakalischen Stadium gehören zum Theil gleichfalls hierher.

b) **Erinnerungstäuschungen im Zusammenhang mit anderen auf die Gegenwart sich beziehenden Wahnvorstellungen.** Eine Wahnvorstellung wird mit angeblichen Erlebnissen in der Vergangenheit motivirt und ausgeschmückt. Diese Form der Erinnerungstäuschung ist bei der progressiven Paralyse und bei der chronischen Paranoia (namentlich bei der originären Form derselben) besonders häufig. Der Paranoiker ist auf einem anderen Planeten geboren. Er beschreibt mit allen Details „aus seiner **eigenen** Erinnerung“, wie er als Kind geraubt wurde. Er hat auf zahlreichen Universitäten studirt und in vergangenen Jahrhunderten gelebt. Er giebt detaillirte Mordversuche an, die schon in früher Kindheit gegen ihn unternommen worden sind. Häufig ist in diesen Erinnerungstäuschungen sehr wohl noch ein gewisses System zu erkennen. Der Paralytiker ist in seinen Erinnerungstäuschungen viel zusammenhangsloser. Er beschreibt Jagden, auf denen er „Adler von 15,000 Decillionen Centner Gewicht“ geschossen hat, er hat unzählige Schlachten geschlagen, in seinem Urin die ganze Welt ersäuft, den Satan gefressen u. dgl. Auch bei dem Altersblödsinn finden sich oft ähnliche zusammenhangslose und maasslose Grössenideen. Durch **vorsichtige** Suggestivfragen kann man auch den Paranoiker zu weiterer Ausschmückung seiner Erinnerungstäuschungen und Bildung neuer Erinnerungstäuschungen veranlassen. Der Paralytiker lässt sich meist sofort **jede beliebige** neue Erinnerungstäuschung einreden. Die Erinnerungstäuschungen des Paralytikers sind ausserordentlich wechselnd, diejenigen des Paranoikers pflegen constanter zu sein. Bei den ersteren wirken meist Affectanomalien mit, bei den letzteren sind solche bedeutungslos.

c) **Erinnerungstäuschungen ohne erkennbaren Zusammenhang mit anderen Wahnvorstellungen oder Affectanomalien.** Dieselben treten meist ganz unvermittelt auf. Der Kranke behauptet mit grösster Bestimmtheit, dies oder jenes vor einigen Stunden, Tagen oder Wochen erlebt zu haben. Er ist von der Realität des vermeintlichen Erlebnisses so fest überzeugt, wie ein anderer Kranker von der Realität einer Hallucination oder der Gesunde von der Realität eines wirklichen Erlebnisses. Dabei lässt sich der exacte Nachweis erbringen, dass eine irgendwie entsprechende Hallucination oder ein entsprechendes Erlebniss nie stattgefunden hat. Es haftet diesen Erinnerungstäuschungen geradezu noch eine gewisse sinnliche Lebhaftigkeit

an. Man bezeichnet sie daher auch als Erinnerungshallucinationen. Durch Suggestion diese Erinnerungshallucinationen irgendwie zu modificiren, ist ganz unmöglich. Der Inhalt dieser Erinnerungstäuschungen ist mitunter ein ganz gleichgiltiger. So behauptet der Kranke, vor einigen Stunden mit dem Arzte diesen oder jenen Besuch gemacht und dieses oder jenes Gespräch geführt zu haben. In anderen Fällen ist der Inhalt der Erinnerungstäuschungen durch gleichzeitige Wahnideen gefärbt oder mitbedingt: so erzählt ein Kranker mit allen Details, wie er gestern als Feldherr auf den nahegelegenen Bergen eine Schlacht geliefert habe. Auf die offenkundige Unmöglichkeit aufmerksam gemacht, stutzt er einen Augenblick, kehrt aber im nächsten Augenblick wieder dazu zurück oder behauptet — in seltenen Fällen — man müsse ihn vergiftet haben, dass er solche Einbildungen bekommen habe, „jetzt müsse er aber daran glauben". Am häufigsten sind diese Erinnerungstäuschungen bei der progressiven Paralyse und bei der acuten Paranoia. Bei letzterer kommen sie oft zugleich mit dem Symptom der Ideenflucht oder demjenigen der „Einfälle" vor. Zuweilen setzen sie sich noch bis in die Reconvalescenz lange fort und erregen dann das grösste Befremden bei dem Kranken selbst.

Einfluss der Wahnvorstellungen der Kranken auf ihre Empfindungen. Wahnvorstellungen können in grosser Zahl ein ganzes Menschenleben hindurch bestehen, ohne dass je die Empfindungen des Kranken qualitativ in irgend einer Weise beeinflusst werden. Die normalen werden allerdings falsch, nämlich im Sinne der Wahnvorstellungen, ausgelegt, aber bleiben selbst dabei unverändert. In einer grösseren Zahl von Fällen gewinnt die Wahnvorstellung auch Einfluss auf das Empfindungsleben. Die Empfindungen werden im Sinne der Wahnvorstellungen transformirt. So kommt es zu den früher besprochenen illusionären Auslegungen. Der Kranke deutet ein thatsächlich stattfindendes Gespräch seiner Nachbaren nicht nur als Schmieden eines Complotts, sondern er hört aus demselben auch entsprechende Drohworte heraus. Auch unvermittelte Illusionen, welche zwar nicht dem augenblicklichen Vorstellungskreis des Patienten entsprechen, aber doch zu den ihn sonst erfüllenden Wahnvorstellungen in Beziehung stehen, kommen weiterhin hinzu. In einer grossen Zahl von Fällen kommt es zu echten Hallucinationen. Der Einfluss des krankhaften Vorstellungslebens auf die Empfindungszellen hat damit seine Höhe erreicht. Die Wahnvorstellung erzeugt ohne Mitwirkung äusserer Reize krankhafte Empfindungen, welche ihrerseits zur Befestigung und zum Ausbau der Wahnvorstellungen beitragen.

Eine specielle Bedeutung erlangt diese Rückwirkung der Wahnvorstellungen auf das Empfindungsleben bei dem hypochondrischen Krank-

heitswahn. Es kommt hier oft zu einem vollständigen Zirkel: Zunächst liegt eine neurasthenische Parästhesie, das Anknüpfungssymptom, vor. An diese knüpft der Kranke eine hypochondrische Wahnidee, welche er weiter ausbaut. Im Sinne dieser Wahnidee wird nun die Parästhesie modificirt und verstärkt, welche nun ihrerseits zur Fixirung und zum Ausbau der Wahnidee beiträgt. Besonders wichtig ist, dass sich diese Rückwirkung auch auf die Motilität erstrecken kann. Die Wahnidee einer Lähmung kann zu einer Lähmung führen. Bei der Hypochondrie werden diese „psychischen Lähmungen“ noch ausführlich besprochen werden.

Einfluss der Wahnvorstellungen auf die Bewegungen und Handlungen. Als ein Hauptmerkmal der Wahnidee gegenüber der Zwangsvorstellung wurde oben angegeben, dass dem Kranken für die Wahnidee Krankheitsbewusstsein fehlt oder, anders ausgedrückt, dass berichtigende Urtheilsassociationen ganz oder fast ganz fehlen. Dies schliesst nicht aus, dass wenigstens gelegentlich dem Kranken unbestimmte Zweifel auftauchen. Es gilt dies namentlich von den aus Hallucinationen oder aus Träumen hervorgegangenen Wahnideen. Hier kann man beobachten, dass der Kranke stundenweise zweifelt, ob die Hallucinationen Wirklichkeit und somit seine Wahnvorstellungen begründet sind. In noch höherem Maass gilt dies von vielen hyperthymischen, d. h. aus pathologischer Exaltation hervorgegangenen Wahnvorstellungen. Bei dieser ist es, wofern kein Intelligenzdefect besteht, geradezu Regel, dass der Arzt durch energisches Anfahren und Aufforderung zur Selbstbesinnung den Kranken zu momentanem Aufgeben seiner Wahnideen bringen, also den berichtigenden Urtheilsassociationen das Uebergewicht verschaffen kann. Bei den depressiven Wahnvorstellungen gelingt dies weit seltener. Vollends kritiklos stehen die Kranken fast ausnahmslos den primären und complementären Wahnvorstellungen gegenüber. Die Periode des Zweifels ist, wenn überhaupt vorhanden, fast stets sehr kurz. Die ganze Persönlichkeit erscheint mit der primären Wahnidee umgewandelt. Kritik und Krankheitsbewusstsein schweigen bald völlig. Damit hängt es zum Theil zusammen, dass gerade diese Wahnvorstellungen in der Regel unheilbar sind, also der Psychose eine ganz ungünstige Prognose aufdrücken. Zuweilen beobachtet man auch ein eigenthümlich verschobenes Krankheitsbewusstsein bei diesen Patienten. Für manche ihrer Wahnvorstellungen, die zu handgreiflich der Wirklichkeit und der Logik widersprechen, giebt der Kranke die Unrichtigkeit zu, knüpft aber daran sofort die weitere Wahnvorstellung, dass seine Verfolger ihm durch „heimliche Einspritzungen von Gift“ oder durch „Besprechen“ oder durch „Suggestion“ solche „widersinnigen Gedanken beibrächten“. In der grossen Mehrzahl

der Fälle stehen die Kranken diesen Wahnvorstellungen ganz einwandlos gegenüber.

Der Einfluss der Wahnvorstellungen auf die Handlungen hängt in erster Linie von dem Grad des Krankheitsbewusstseins ab. In zweiter Linie kommen die Affecte, welche die Wahnidee begleiten, in Betracht. Je lebhafter diese sind, um so rascher und ausgiebiger setzen sich — ceteris paribus — die Wahnvorstellungen in Handlungen um. Endlich ist sehr wesentlich, ob die Wahnvorstellungen acut in grosser Zahl auftreten oder allmählich in das Denken des Kranken sich einschleichen. In letzterem Fall, welcher gerade für viele primäre Wahnvorstellungen zutrifft, gewinnen oft hemmende Vorstellungen Zeit, eine Beeinflussung des Handelns durch die Wahnvorstellungen zu verhüten. Diese Kranken lernen sich zu beherrschen und oft auch ihre krankhaften Vorstellungen zu dissimuliren, d. h. zu verbergen. So können solche Kranke jahrelang für geistesgesund gelten, bis bei einer besonderen Constellation plötzlich einmal die Selbstbeherrschung versagt und der Kranke fast explosiv in erregten Worten und Handlungen seine Wahnideen kundgiebt.

Eine besondere Wichtigkeit haben diejenigen Handlungen, welche unter dem Einfluss plötzlich auftauchender Wahnvorstellungen oder Einfälle (s. o.) zu Stande kommen. So kann in einem Kranken plötzlich der Einfall auftauchen, er sei Soldat, und alsbald macht er militärische Bewegungen, oder plötzlich fällt ihm ein, sein Kaffee sei vergiftet, und jählings begeht er eine schwere Gewaltthat gegen die Person, welche ihm denselben gebracht hat. Man bezeichnet diese auf Grund plötzlich aufschiessender Vorstellungen zu Stande kommenden Handlungen auch als impulsive Handlungen. Es giebt Kranke, deren Bewegungen Stunden und Tage lang sich aus lauter incohärenten derartigen Handlungen zusammensetzen.

Diagnose der Wahnideen. Nicht jede irrig erscheinende Behauptung einer im Verdacht der Geistesstörung stehenden Person ist eine Wahnidee, vielmehr ist stets auch an folgende Möglichkeit zu denken:

1. Die Behauptung, so wahnhaft sie scheint, beruht doch auf Thatsachen und ist sonach richtig. In jedem einzelnen Fall, selbst wenn die Behauptung ganz exorbitant scheint, hat der Arzt die Pflicht, nachzuforschen, ob und wieweit nicht derselben vielleicht doch Thatsachen zu Grunde liegen. Specielle Vorsicht ist selbstverständlich in solchen Fällen geboten, wo der Arzt den Kranken nicht selbst zu befragen Gelegenheit hat, sondern auf Berichte von Personen, deren Unparteilichkeit zweifelhaft ist, angewiesen ist.

2. Die Behauptung kann irrig sein und ist doch nicht wahnhaft, oder mit anderen Worten, es können Thatsachen vorliegen, welche zwar

zum Beweise der fraglichen Behauptung durchaus nicht ausreichen, uns aber ausreichend erklären, dass die betreffende Person zu der bezüglichen Behauptung gekommen ist. Auch der Geistesgesunde verfällt in zahlreiche Irrthümer, zu welchen ihn einerseits die Thatsachen selbst, andererseits vorschnelle, lückenhafte Associationen, Affectsteigerungen und schliesslich gewisse Charaktereigenschaften verführen. Speciell die letzteren, wie Mistrauen, Dünkel etc., können gelegentlich zu Vorstellungen und Urtheilen führen, die inhaltlich sich fast völlig mit Verfolgungsideen resp. Grössenideen decken. Der Arzt hat daher stets die Pflicht, neben dem Inhalt der fraglichen Wahnvorstellung und neben ihrer Begründung in den Thatsachen der Aussenwelt auch ihre psychologische Entstehung festzustellen.

Schliesslich wird der Arzt stets auch zu berücksichtigen haben, dass die Grenzen zwischen Irrthum und Wahnvorstellung — ebenso wie überhaupt zwischen geistiger Gesundheit und Geisteskrankheit — keine scharfen sind. Der Arzt kann daher in die Lage kommen, erklären zu müssen, dass eine Beantwortung der Frage, ob eine bestimmte Urtheilsassociation wahnhaft sei oder nicht, unangängig sei, dass somit ein Grenzfall zwischen Irrthum und Wahnvorstellung vorliege. Verlangt das Gesetz, welches scharfe Grenzlinien zu ziehen gezwungen ist, in solchen Fällen doch eine bestimmte Entscheidung, so ist dem subjectiven Ermessen des Arztes ein weiter Spielraum gelassen.

Fast noch grösser ist oft die Gefahr, eine Wahnidee zu übersehen. Dies ist namentlich in folgenden Fällen zu fürchten:

1. Der Kranke dissimulirt, d. h. er verheimlicht seine Wahnvorstellungen So ist namentlich bei den chronischen Paranoikern mit complementären oder primären Grössenideen Dissimulation häufig. In Ermangelung mündlicher Aeusserungen ist man hier sehr häufig auf Schlüsse aus dem ganzen Gebahren der Kranken angewiesen. Das suffisante Gesicht, die hochmüthige Kopfhaltung, der majestätische Schritt, die Fernhaltung von den „plebejischen Mitkranken“, die gewählte Toilette, die Beanspruchung besserer Verpflegung, die verschnörkelte Schrift, der gewählte oder geschraubte Stil in gewöhnlichen Briefen lassen oft zuerst an verheimlichte Grössenideen denken. Häufig verräth sich dann bei längerer Beobachtung der Kranke einmal in einem gelegentlichen Affectausbruch oder er schiebt einmal in seinen Namen (Machdeleid statt Machleid) oder vor seinen Namen ein „von“ ein u. dgl. Der Verfolgungswahn äussert sich zuweilen nur darin, dass der Kranke sich von seiner Umgebung ganz zurückzieht, harmlose Aeusserungen auf sich bezieht u. dgl. m. Viele dieser Kranken wechseln fortwährend ihre Wohnung und selbst ihren Wohnort, um ihren vermeintlichen Verfolgern zu entgehen. Andere beschränken sich darauf, täglich in anderen

Restaurants zu essen. Manche bringen die seltsamsten Schutzvorrichtungen vor Fenstern und Thüren an, um die Eindringlinge fernzuhalten. So verrathen sich viele Kranke, welche auf Befragen sich jahrelang nicht zu einem Geständniss ihrer Wahnvorstellungen herbeilassen.

2. Der Kranke hat für seine Behauptungen gewisse objective Grundlagen, und doch sind die Behauptungen als Wahnvorstellungen zu bezeichnen. So behauptet ein Kranker, ein harmloser Rachenkatarrh sei syphilitisch, und die Anamnese ergiebt in der That, dass früher eine syphilitische Infection wirklich stattgefunden hat. Es liegt nahe, in einem solchem Fall anzunehmen, dass ein Irrthum, welcher sich aus der Besorgniss des Kranken in ausreichender Weise erklärt, vorliegt und keine Wahnvorstellung. An sich ist auch in der That eine solche Behauptung noch nicht ohne Weiteres als wahnhaft zu bezeichnen. Erst wenn der Kranke trotz der gegentheiligen Versicherungen aller Aerzte und trotz Ausbleibens aller weiteren ihm bekannten syphilitischen Erscheinungen mit einer ihm sonst nicht eigenen Hartnäckigkeit bei seiner Behauptung bleibt und immer mehr harmlose Erscheinungen an seinem Körper im Sinne seiner falschen Vorstellung deutet, darf man von einer Wahnvorstellung sprechen: dann aber mit Recht; denn nicht der Inhalt und der zu Grunde liegende Thathestand ist allein entscheidend für die Diagnose Wahnidee, sondern namentlich das Verhalten der fraglichen Vorstellung gegenüber neuen Empfindungen und neuen Vorstellungen. Es kann also sehr wohl ein Syphilitischer eine wahnhafte Syphilisfurcht haben oder allgemein: eine Wahnidee braucht nicht immer jeder thatsächlichen Unterlage völlig zu entbehren, sie kann an Thatsachen „anknüpfen" und doch pathologisch die volle Dignität einer Wahnidee besitzen.

Zwangsvorstellungen.

Die Zwangsvorstellung ist eine unrichtige Vorstellungsverbindung, welche trotz überwiegender berichtigender Urtheilsassociationen sich dem Kranken immer wieder aufdrängt. So wird z. B. ein Kranker fortwährend von dem unrichtigen Gedanken gequält, an seinen Händen hafte Schmutz. Er berichtigt diesen Gedanken selbst, er weiss, dass er unrichtig und grundlos ist, und trotz dieses Ueberwiegens der berichtigenden Vorstellungsverbindungen wird er den unrichtigen Gedanken nicht los. Daher auch die Bezeichnung Zwangsvorstellung. Wir müssen voraussetzen, dass die Vorstellungsverbindung, welche den Inhalt der Zwangsvorstellung ausmacht, durch irgendwelche pathologische Umstände, z. B. eine abnorme Constellation (s. o.), eine abnorme Intensität oder Energie erlangt hat und daher immer wiederkehrt. Alle

Zwangsvorstellungen sind fast ausnahmslos von intensiv negativen Gefühlstönen begleitet. Die Kranken empfinden den Zwang, dem sie unterliegen, als eine Qual. Viele sprechen direct von den „Störungen", welche sich in ihr gesundes Denken scheinbar unvermittelt hineindrängen.

Zwangsvorstellungen treten nicht nur in der Urtheilsform auf, sondern auch in Gestalt einzelner Erinnerungsbilder. Auch der Gesunde ist gelegentlich solchen Zwangsvorstellungen unterworfen. So kann das optische Erinnerungsbild eines schrecklichen Erlebnisses oder das akustische einer einschmeichelnden Melodie sich stundenund tagelang aufzwängen. In noch höherem Maasse findet dies bei gewissen Psychosen statt. Während bei dem Gesunden solche Vorkommnisse sich auf Erinnerungsbilder beschränken, welche von sehr lebhaften Gefühlstönen begleitet sind, nehmen bei dem Kranken auch ganz gleichgültige „triviale" Erinnerungsbilder den Charakter einer Zwangsvorstellung an. Namentlich bei der sog. Neurasthenie ist dies oft eines der quälendsten Symptome. Die akustischen Zwangsvorstellungen dieser Kategorie bestehen zuweilen aus ganz sinn- und zusammenhangslos aneinandergereihten Worten und Sätzen. So klagte z. B. eine Neurasthenische, dass sich ihr stundenlang folgende Wortklangbilder aufdrängten: „Letztes Jahr 6 Monate weniger — sei doch unvollständig ruhig — ein weiss und blaugetupftes Kleid — ich finde den Stein so beschädigt, dass man eben schwer —." Dieselbe bezeichnete diese sinnlosen Vorstellungen, denen keinerlei thatsächliche Beziehung zu Grunde lag, selbst als „Zwangsdenken". Von den früher — im Kapitel der Wahnideen — beschriebenen Einfällen unterscheiden sich diese „abgerissenen Zwangsvorstellungen" dadurch, dass der Kranke keinen Augenblick unter der Herrschaft dieser Vorstellungen in dem Sinne steht, dass er ihnen irgendwelchen Glauben oder irgendwelches Gewicht beimässe. Er ist vielmehr trostlos über diese „sinnlosen Zwischengedanken", die ihm jede concentrirte und zusammenhängende geistige Thätigkeit unmöglich machen. Besonders häufig sind es Zahlenreihen und Eigennamen (Personennamen, geographische Wörter etc.), welche in der beschriebenen Weise als Zwangsvorstellungen in immerfort sich wiederholenden Reihen auftreten. Die französischen Psychiater reden in allen diesen Fällen in sehr bezeichnender Weise von der „Obsession par un mot" (= Worthesessenheit).

Eine weit grössere Bedeutung kommt denjenigen Zwangsvorstellungen zu, welche in die Urtheilsform gekleidet sind und somit direct zu den Wahnvorstellungen in Parallele gesetzt werden können. Diese Zwangsvorstellungen im engeren Sinne entwickeln sich fast stets chronisch, meist auf dem Boden einer angeborenen oder erworbenen

neuro- und psychopathischen Constitution. Mit dieser chronischen Entwicklung hängt auch ihre ungemeine Hartnäckigkeit zusammen. Völlige Heilungen von solchen Zwangsvorstellungen sind selten.

Ihre Entstehungsweise ist sehr verschieden. Viele knüpfen direct an einen Sinneseindruck an. So sieht z. B. ein Kranker ein abgebranntes, von einem Anderen oder auch von ihm selbst weggeworfenes Streichholz liegen. Alsbald steigt der Gedanke in ihm auf: „Das Streichholz könnte noch nicht ganz erloschen sein und einen gefährlichen Brand verursachen". Dieser Gedanke ist zunächst noch ein ganz physiologischer, wie ihn auch eine völlig normale Ideenassociation im Anschluss an die bezügliche Empfindung bilden könnte und oft genug auch bildet. Nun überzeugt sich der Kranke, dass das Streichhölzchen thatsächlich völlig abgebrannt und somit unschädlich ist. Der Gesunde würde sich mit einer solchen einmaligen, event. auch zweimaligen Controle zufrieden geben und beruhigt weiter gehen. Der Kranke sieht zwar auch ein, dass er sich nun zufrieden geben sollte und beruhigt weiter gehen könnte: seine gesunden berichtigenden Urtheilsassociationen überwiegen, er weiss, dass sein Gedanke, das Streichholz könne doch noch brennen und einen Brand erregen, unrichtig und grundlos ist, aber trotzdem zwängt sich ihm der Gedanke, die Zwangsvorstellung, immer wieder auf: das Streichholz könnte doch noch brennen und doch zu einem Brand Anlass geben. Diesen Gedanken wird er nun, so oft er sich auch von seiner thatsächlichen Unrichtigkeit durch neues Nachsehen überzeugt, so sehr er auch die Unrichtigkeit seiner Befürchtung sich selbst vorhält, nicht wieder los. Trotz besseren Wissens misstraut er seinen Empfindungen und will sich immer wieder überzeugen. Nun kommt ein neues Moment hinzu. Bis jetzt konnte dies ganze Gedankenspiel sich fast affectlos abspielen. Jetzt kommt die Angst hinzu: „wenn du nicht nachsiehst, so entsteht ein Brand". Diese Angst kann die typischen Merkmale einer Präcordialangst an sich tragen. In anderen Fällen verläuft sie rein psychisch, d. h. ohne alle körperlichen Begleitempfindungen. Dieser Gefühlston der Angst, welcher zu der Zwangsvorstellung hinzutritt, ist von grösster Bedeutsamkeit. Es giebt jetzt für den Kranken nur ein Mittel, die qualvolle Angst und die Zwangsvorstellung los zu werden: er muss sich immer wieder überzeugen, dass das Streichhölzchen thatsächlich verglommen ist. Es giebt Kranke, welche eine ganze Nacht hindurch — bis zur absoluten körperlichen Erschöpfung — immer wieder nachsehen, immer wieder zweifeln und immer wieder zu dem Streichholz zurückkehren. Die Zwangsvorstellung führt zur Zwangshandlung. Trotz des Ueberwiegens der berichtigenden Urtheilsassociationen gewinnt also die Zwangsvorstellung einen dominirenden einseitigen Einfluss auf das

Handeln der Kranken. Später entwickelt sich die Zwangsvorstellung oft in der Richtung weiter, dass sie von der speciellen Sinnesempfindung, an welche sie zuerst anknüpfte, unabhängig wird. Der Kranke braucht später gar kein Streichhölzchen mehr zu sehen, die Zwangsvorstellung nimmt den Inhalt an: es könnte irgendwo ein Streichhölzchen, das noch glimmt, liegen geblieben sein und zu einem Brand führen. Der Kranke sucht nun allenthalben, ob nicht irgendwo ein Streichholz liegen geblieben ist. In seltenen Fällen geht die Entwicklung sogar noch einen Schritt weiter: der Kranke hallucinirt im Sinne seiner Zwangsvorstellung. So kannte ich einen Kranken, der die eben beschriebene Entwicklung durchgemacht hatte und schliesslich auf der Strasse allenthalben einen Feuerschein zu sehen glaubte. Die Zwangsvorstellung des Brandes hatte hier also bereits Einfluss auf die Empfindungszellen gewonnen. Der Kranke war, wie von der Unrichtigkeit seiner Zwangsvorstellung selbst, so auch von der Irrealität der unter ihrem Einfluss entstandenen Hallucination resp. Illusion völlig überzeugt, und trotzdem stand sein Handeln häufig vollständig unter dem Einfluss seiner „Feuerscheinigkeit", wie er den ganzen Zustand zu bezeichnen pflegte.

Die eben beschriebene Entstehung der Zwangsvorstellung in Anknüpfung an eine wirkliche Empfindung ist weitaus am häufigsten.*) Der Inhalt dieser an Empfindungen anknüpfenden Zwangsvorstellungen ist im Einzelnen sehr mannigfaltig. Weiter unten sowie in der speciellen Pathologie werden diese einzelnen Formen genauer besprochen werden. Die Entstehungsweise ist allenthalben eine analoge.

Bei vielen Zwangsvorstellungen kommt zu der Objectempfindung als auslösendes Moment eine Körperempfindung des Kranken hinzu. Ein Kranker sieht von einer steilen Höhe hinunter. Zuweilen genügt diese optische Empfindung, die Zwangsvorstellung auszulösen: „du musst dich hier hinunterstürzen". In anderen Fällen kommt das Schwindelgefühl des eigenen Körpers, welches ja auch den Gesunden am Rand eines steilen Absturzes befallen kann, als unterstützendes Moment hinzu. Auch in diesem Fall kann die Zwangsvorstellung so mächtig werden, dass der Kranke seine Angehörigen bittet, ihn festzuhalten oder fortzuführen, weil er sonst seiner Zwangsvorstellung nachgeben und sich hinunterstürzen werde.

In einer anderen Gruppe von Fällen wirken bei der Entstehung der Zwangsvorstellung von Anfang an Angstaffecte mit. Gleichzeitig mit der Zwangsvorstellung tritt ein heftiges Angstgefühl auf, welches meist

*) Bei dieser associativen Anknüpfung spielen häufig auch Irradiationen und Reflexionen der Gefühlstöne im Sinne der früher erwähnten Intentionspsychosen eine wichtige Rolle.

von einer im Abdomen oder in der Herzgegend beginnenden und zum Kopf aufsteigenden Empfindung der Oppression und Wärme, zuweilen auch von allgemeinem Zittern begleitet ist. Der Verlauf ist also z. B. folgender: der Kranke will über einen breiten Platz gehen. Im Augenblick, wo er den Platz vor sich sieht, taucht ihm die Vorstellung auf, der Platz sei ungeheuer gross und er könne nicht über den Platz hinüberkommen, und zugleich überfällt ihn ein furchtbares Angstgefühl mit ausgesprochenen Präcordialsensationen. Bei der Entstehung der Zwangsvorstellungen, welche wir oben an erster Stelle besprachen, spielte die Angst nur eine secundäre Rolle: der Inhalt der Zwangsvorstellung bedingte eine secundäre Angst. Bei der Entstehung der Zwangsvorstellung, welche wir jetzt beschrieben haben, steht der Angstaffect durchaus coordinirt neben der Zwangsvorstellung. Er tritt gewissermaassen direct als ihr Gefühlston auf.

In einer dritten Gruppe von Fällen geht der Angstaffect der Zwangsvorstellung voran. Letztere entsteht, wie man auch sagen kann, auf dem Boden der ersteren. Oft erscheint die Zwangsvorstellung geradezu als nachträglicher Erklärungsversuch der Angst, ähnlich wie dies früher für eine bestimmte Gruppe der Wahnvorstellungen erläutert worden ist. So giebt es Kranke, die nur in Angstanfällen Zwangsvorstellungen haben. Im Ganzen ist diese Entstehung seltener.

Den seither besprochenen Entstehungsweisen war die Anknüpfung an eine normale Sinnesempfindung gemeinsam; verschieden war nur die Rolle, welche die Angst bei dem Zustandekommen der Zwangsvorstellung spielte. In einer weiteren Reihe von Fällen entsteht die Zwangsvorstellung ohne jede Anlehnung an eine Sinnesempfindung. So kannte ich einen jugendlichen Kranken, dem sich fortwährend obscöne Vorstellungen ganz widersinnigen Inhalts bezüglich der Person Gottes aufdrängten. So konnte er z. B. den Gedanken nicht loswerden: „Gott masturbirt mit einem Elephanten". Er war empört, dass er auf solche Gedanken kommen könne, und war auch von der Sinnlosigkeit dieser Vorstellung durchaus überzeugt, vermochte diese Zwangsvorstellung aber nicht wieder los zu werden. Auch bei diesen von Sinnesempfindungen ganz unabhängig aufschiessenden Zwangsvorstellungen wirken Angstaffecte bald mit bald nicht. So fehlten z. B. in dem soeben erwähnten Falle Angstaffecte vollständig. In anderen Fällen spielen Angstaffecte eine dominirende Rolle. So kommt z. B. einer Kranken in ihren Angstanfällen öfter der Gedanke, „sie habe in sexuellen Beziehungen zu Jesus Christus gestanden". Die Angst ging hier der Zwangsvorstellung stets voraus. Von der thatsächlichen Unrichtigkeit der Vorstellung war die Kranke stets überzeugt. Sie warf sich nicht etwa im Sinn der früher besprochenen Wahnvorstellungen der Angst sexuellen Verkehr

mit Christus vor, sondern der Gedanke zwängte sich ihr trotz besseren Wissens in der Angst immer wieder auf. Was sie sich vorwarf, war höchstens dies, dass sie überhaupt auf solche sinnlosen und schlechten Gedanken kommen könne. — Im Allgemeinen ist diese Entstehungsweise der Zwangsvorstellungen ohne Anlehnung an Empfindungen — sei es mit sei es ohne Angst — erheblich seltener.

Der Inhalt der Zwangsvorstellungen ist fast ebenso mannichfach wie derjenige der Wahnvorstellungen. Die Beziehung auf das Ich fehlt sehr selten. Fast ausnahmslos ist der Inhalt ein ganz trivialer oder ausgesprochen unangenehmer. Angenehme Zwangsvorstellungen — etwa im Sinne einer Grössenidee — sind ausserordentlich selten. Speciell für die an eine bestimmte Empfindung angelehnten Zwangsvorstellungen hat man eine grosse Zahl specieller Bezeichnungen je nach dem besonderen Inhalt aufgestellt. So bezeichnet man als Claustrophobie die von Angst begleitete Zwangsvorstellung, welche von der optischen Empfindung eines geschlossenen Raumes (Theater, Eisenbahncoupé etc.) ausgelöst wird. Dabei ist im Einzelnen der Inhalt einer solchen Zwangsvorstellung des Claustrophoben noch weiterhin sehr variabel. Bei dem einen Kranken ist es der Gedanke, ein Feuer könne ausbrechen und der Ausweg versperrt sein, bei dem anderen ist es der Gedanke, eine plötzliche Nothdurft könne ihn überkommen und er sei nicht in der Lage, dieselbe zu befriedigen. Gemeinsam ist allen diesen claustrophoben Zwangsvorstellungen der Gedanke, der Ausweg aus einem geschlossenen Raume sei unmöglich und daher der Aufenthalt darin mit Gefahr verknüpft. Als Aichmophobie bezeichnet man die Zwangsvorstellung, welche an die optische Empfindung eines spitzen Gegenstandes anknüpft und in dem Gedanken gipfelt, der bez. spitze Gegenstand könne irgendwie dem Kranken selbst oder seiner Umgebung schaden (z. B. eine Nadel könne in das Essen gerathen und verschluckt werden). Der Mysophobe wird von der Zwangsvorstellung beherrscht, an seinem Körper oder an den Gegenständen seiner Umgebung hafte Schmutz. Stundenlang wäscht er sich daher immer wieder und entweder bürstet und putzt er ohne Aufhören alle Gegenstände seiner Umgebung, oder er vermeidet ängstlich jede Berührung mit irgend einem Gegenstand, aus Furcht sich zu beschmutzen.*) Der Agoraphobie oder Platzangst wurde bereits oben gedacht. Anderer einzelner Zwangsvorstellungen wird später bei Besprechung des „Irreseins aus Zwangsvorstellungen“ zu gedenken sein.

Nicht selten treten die Zwangsvorstellungen auch in Frageform auf. Meist ganz plötzlich schiesst dem Kranken beim Anblick eines

*) Délire du toucher der französischen Autoren.

einfachen Gegenstandes der Gedanke auf: warum ist derselbe so beschaffen, wie er ist, und nicht anders? warum beisst er so, wie er heisst, und nicht anders? warum hat z. B. der Tisch 4 Ecken, warum sind die Blätter grün u. s. w. Eine unwiderstehliche Angst treibt den Kranken immer wieder zu diesem Fragen und Grübeln zurück. Das unrichtige Urtheil, welches dieser sog. Grübelsucht*) dunkel zu Grunde liegt, besteht darin, dass für das Viereckigsein des Tisches, die grüne Farbe der Blätter u. s. w. eine besondere bedeutsame Ursache vorausgesetzt wird. Dabei ist der Kranke sich über die Irrthümlichkeit dieser Voraussetzung völlig klar, er ärgert sich selbst über die Sinnlosigkeit und Trivialität der sich ihm in monotonster Weise aufdrängenden Fragen, und doch wird er dieselben nicht los. Die allgemeinen Kriterien jeder Zwangsvorstellung finden sich also auch hier, das Besondere dieser Zwangsvorstellungen ist nur die Frageform. Die Anknüpfung an eine Empfindung kann auch hier fehlen. So giebt es z. B. Kranke, welchen sich fortwährend die trivialsten metaphysischen Fragen („was ist nichts? wann ist die Welt erschaffen worden?" u. s. w.) aufdrängen.**)

Sehr charakteristisch ist für die meisten Zwangsvorstellungen die Neigung zu stereotypen Wiederholungen. Mit der grössten Monotonie kann Jahrzehnte lang eine und dieselbe Zwangsvorstellung den Kranken quälen. Wechselvoller kann der Inhalt der oben erwähnten einzelnen Zwangsvorstellungen (ohne Urtheilsform) sein.

Einfluss der Zwangsvorstellungen auf die Bewegungen bezw. Handlungen. Es ist schon hervorgehoben worden, dass die Zwangsvorstellung trotz des sie begleitenden Krankheitsbewusstseins auf das Handeln des Kranken einen überwiegenden Einfluss ausübt. Sie verdankt denselben theils ihrer abnormen Intensität, theils ihrer steten Wiederkehr, theils endlich namentlich dem begleitenden Angstgefühl. Die Zwangsvorstellung selbst ist dem Kranken qualvoll, und doch treibt ihn seine Angst, im Sinne der Zwangsvorstellungen zu handeln. Die Angst lässt ihm keine Ruhe, bis er nachgegeben hat. In diesem Sinne kann sogar zuweilen das Nachgeben mit einem eigenartigen Gefühl fast wollüstiger Befriedigung verknüpft sein. Die Zwangsvorstellung führt zur Zwangshandlung. In vielen Fällen enthält die Zwangsvorstellung bereits ein motorisches Element. Die Zwangsvorstellung kann geradezu in der immer wiederkehrenden, abnorm intensiven Vorstellung bestehen, eine bestimmte Bewegung oder Hand-

*) Folie de doute der französischen Autoren.

**) Eine Fragesucht, d. h. ein Ueberwiegen der Associationen in Frageform, kommt auch ohne Krankheitsbewusstsein, also einer Wahnidee vergleichbar, gelegentlich vor, so namentlich in den Erregungszuständen des angeborenen und erworbenen Schwachsinns (z. B. der Dementia paralytica).

lung ausführen zu müssen. Der Kranke hat z. B. die quälende Vorstellung, er müsse einen bestimmten Gegenstand berühren, sonst geschehe ein Unglück. Er ist sich des Widersinnigen und Krankhaften dieser Vorstellung völlig bewusst, er weiss, dass er den Gegenstand nicht berühren muss, dass die Unterlassung der Berührung kein Unglück nach sich ziehen kann, und doch siegt die Zwangsvorstellung: er berührt den bezüglichen Gegenstand immer wieder. In diesem Falle und in vielen ähnlichen liegt die motorische Tendenz der Zwangsvorstellung auf der Hand. Es kann sogar zuweilen auch noch die Vorstellung, im Falle der Unterlassung der Bewegung geschehe ein Unglück, fehlen: dann beschränkt sich die Zwangsvorstellung einfach auf die unmotivirte, auch einer Scheinmotivirung entbehrende Vorstellung, eine bestimmte Handlung oder Bewegung ausführen zu müssen. Bei manchen Kranken ist die Zwangshandlung das gerade Gegentheil dessen, was sie im Augenblick zu thun beabsichtigten. Bei jedem Versuch eine beabsichtigte Bewegung auszuführen tritt die Zwangsvorstellung auf, die entgegengesetzte Bewegung ausführen zu müssen.

Je nach dem Inhalt der Zwangsvorstellung ist natürlich die resultirende Zwangshandlung sehr verschieden. Am leichtesten ist die motorische Entladung derjenigen Zwangsvorstellungen zu übersehen, welche nicht in Urtheilsform, sondern in Gestalt einzelner Erinnerungsbilder sich dem Kranken aufdrängen. Wenn dem Kranken sich Wortklangbilder oder Erinnerungsbilder von Melodien aufdrängen, so fühlt er meist zugleich auch den Drang oder Zwang, die bezüglichen Worte auszusprechen oder die Melodie mitzusummen. Zu dem Zwangsdenken kommt das Zwangsreden hinzu. Nicht selten übersieht dabei der Kranke das Zwangsdenken selbst vollständig über dem Zwangsreden und berichtet dem Arzt nur, dass ihm immer unwillkürlich Worte auf die Zunge kämen. Dann scheint die Zwangsvorstellung ganz auf das motorische Gebiet der Sprache beschränkt. Doch ist es aus manchen Gründen wahrscheinlich, dass auch in diesen Fällen wenigstens das akustische Wortbild miterregt wird. In einer ganz eigenthümlichen Vergesellschaftung tritt uns dies Zwangssprechen und zwar speciell das Zwangssprechen obscöner Worte*) bei der sog. Maladie des tics entgegen: es besteht hier gleichzeitig sog. Echolalie, d. h. eine Neigung zum unwillkürlichen Nachsprechen gehörter Worte, sowie eine Neigung zu unwillkürlichen coordinirten Bewegungen der Gesichtsmuskeln (Grimassiren).

Erheblich complicirter gestalten sich die motorischen Effecte derjenigen Zwangsvorstellungen, welche in Urtheilsform auftreten. Die

*) Die sog. Koprolalie.

Beeinflussung des Handelns wurde ohen bereits in mehreren Beispielen hervorgehoben und der psychologische Mechanismus dieser Zwangshandlungen dargelegt. Viele Zwangsvorstellungen haben geradezn versuchenden, imperativen oder prohibitiven Inhalt. Andere haben vorzugsweise einen hemmenden Einfluss. Der Kranke mit Platzangst meidet alle freien Plätze. Aus Angst vor der Platzangst wagt er sich schliesslich oft kaum mehr aus seiner Wohnung heraus. Ein anderer Kranker wird von der Zwangsvorstellung beherrscht, er müsse alle Personennamen, die er sieht oder hört, sich merken: er verbringt seinen ganzen Tag damit, dass er alle ihm aufstossenden und früher aufgestossenen Namen von beliebigen Personen auf Zettelchen schreibt und auswendig lernt. Im ersteren Fall ist der Einfluss der Zwangsvorstellung vorwiegend prohibitiv, im letzteren vorwiegend imperativ.

Wenn der Kranke der motorischen Versnchnng der Zwangsvorstellung nachgegeben hat, so pflegt momentan die Zwangsvorstellung und die sie begleitende Angst nachzulassen. Sobald er sich jedoch wieder zu anderer Thätigkeit wenden will, erhebt sich die Zwangsvorstellung und mit ihr die Angst wieder. Häufig misstrauen die Kranken der Realität ihrer eigenen Handlungen und Empfindnngen. Sie haben z. B. eben eine Thür verschlossen, aber sofort quält sie der Gedanke: habe ich die Thür auch wirklich verschlossen oder den Gashahn auch wirklich völlig umgedreht und dergl. mehr.

Schon oben wurde erwähnt, dass in selteneren Fällen die Zwangsvorstellungen auch zn hallncinatorischen oder illusionären Täuschungen führen können. Eine andere Wirkung mancher Zwangsvorstellnngen besteht in einer motorischen Lähmung, welche ganz der durch hypochondrische Wahnvorstellungen bedingten Lähmung (s. o.) entspricht. So kommt es vor, dass der Agoraphobe, welcher trotz seiner Zwangsvorstellung sich auf einen freien Platz wagt, plötzlich solchen Schwindel und solche Schwäche in den Beinen fühlt, dass er sich nicht mehr aufrecht zu erhalten vermag: eine psychisch bedingte Ataxie oder Paraparese ist eingetreten, oder, mit anderen Worten, die Vorstellung nicht gehen zu können hat, ohwohl der Kranke sie für unrichtig hält, doch seine Motilität beeinflusst.

In manchen Fällen lässt sich sogar ein Einfluss der Zwangsvorstellnng auf die glatte Musculatur des Körpers nachweisen. Die Zwangsvorstellung „erröthen zn müssen“ führt z. B. meist secundär zu einem wirklichen Erröthen. Ein Lehrer, der von der Zwangsvorstellung beherrscht wurde, eine plötzliche Nothdurft könne ihn ankommen, sobald er in der Kirche oder im Schulzimmer oder in der Gemeinderathssitzung sich befände, also kurz in einem Angenblick, wo er nicht sofort abkommen nnd einen etwaigen Stuhldrang befriedigen kann, fühlte regel-

mässig, wenn er trotz seiner Angst sich an solche Orte wagte, ausgesprochenen Stuhldrang und wurde häufig thatsächlich von heftigen Diarrhöen befallen, welche bei anderen Gelegenheiten nie auftraten und auch bald nach dem Verlassen des bez. Platzes aufhörten.

Vorkommen nnd Diagnose der Zwangsvorstellnngen. Vereinzelte Zwangsvorstellungen finden sich auch bei dem Gesunden. Der Hartnäckigkeit, mit welcher zuweilen einschmeichelnde Melodien und schreckliche Bilder sich dem Gesunden aufdrängen, wurde ohen bereits gedacht. Ganz gesnnde Individnen können mitunter den Gedanken nicht loswerden, nnter ihrem Bett — namentlich in fremdem Hause — habe sich Jemand versteckt, nnd misstranen ihren eigenen Empfindnngen, insofern sie sich mit einmaligem Nachsehen nnter dem Bett nicht hegnügen, sondern „um ihrer Rnhe willen“ trotz des Einspruchs ihres Verstandes das Nachsehen drei-, viermal wiederholen. Wie überall sind anch hier die Grenzen zwischen geistiger Gesundheit und geistiger Krankheit keine scharfen.

Ansgesprochene Zwangsvorstellungen kommen namentlich hei folgenden Krankheiten vor:

1. Neurasthenie;
2. Melancholie und
3. namentlich bei dem „Irresein ans Zwangsvorstellnngen“.

Bei letzterem spielen die Zwangsvorstellungen die Rolle des dominirenden Hauptsymptoms. Bei der Melancholie finden sie sich neben den typisch-melancholischen Wahnvorstellungen der Selhstanklage. Das neurasthenische Irresein verhindet sich fast in einem Drittel aller Fälle mit mehr oder weniger deutlich ausgeprägten Zwangsvorstellnngen irgendwelcher Art. Endlich ist zn erwähnen, dass gelegentlich Zwangsvorstellungen und speciell auch impnlsive Zwangshandlungen hei erhlich helasteten Individnen plötzlich isolirt auftreten, um dann lange Zeit wieder völlig auszubleihen. Gerade diese Fälle sind durch ihren unwiderstehlichen Einfluss auf das Handeln, die „obsession irrésistible“ ausgezeichnet. — In selteneren Fällen heobachtet man Zwangsvorstellungen als Vorläufersymptome schwerer organischer Hirnerkrankungen, so namentlich der Dementia paralytica.

Sehr auffällig ist, wie selten sich aus Zwangsvorstellungen wirkliche Wahnvorstellungen entwickeln. So sehr die meisten Kranken, welche an Zwangsvorstellungen leiden, fürchten geisteskrank zu werden, so selten verwirklicht sich diese Befürchtung. Die Wahnidee heruht stets auf einer schweren allgemeineren Denkstörung, die Zwangsvorstellnng ist in der That nur eine partielle Denkstörung. Auch das gleichzeitige Vorkommen von Zwangsvorstellungen nnd Wahnideen hei ein und demselben Individnum ist selten.

Die Erkennnng von Zwangsvorstellungen bietet oft grosse Schwierigkeit. Zunächst übersieht man dieselben sehr häufig, weil die Kranken dissimuliren. Die Furcht geisteskrank zu scheinen macht die meisten Kranken mit Zwangsvorstellungen ungemein schen nnd zurückhaltend, selbst dem Arzt gegenüber. Anch gelingt es ihnen öfters, in Gegenwart Fremder vorübergehend den Einfluss der Zwangsvorstellungen auf ihr Handeln abzuwehren. Der Arzt ist gerade in diesen Fällen oft auf eine Befragung der Angehörigen angewiesen.

Verwechselt kann die Zwangsvorstellung werden mit der Wahnvorstellung. Zwar scheint in dem mangelnden Krankheitsbewusstsein der letzteren ein leichtes Unterscheidungsmerkmal gegeben, aber dieses versagt ab und zu. Auch der Kranke mit Wahnvorstellungen hat zuweilen ein gewisses Krankheitsbewusstsein. Er schwankt, ob er die primär auftauchenden oder von Hallncinationen ihm suggerirten Wahnvorstellnngen acceptiren soll oder nicht. Diesem Kampf gegen die Wahnidee begegnen wir in unzähligen Fällen. Das Zweifeln des Kranken spricht durchaus nicht gegen das Bestehen wirklicher Wahnvorstellungen. Ein Kranker, der gegenüber seinen unrichtigen Urtheilsassociationen zweifelt, hat keine Zwangsvorstellung. Für diese ist es gerade charakteristisch, dass der Kranke keinen Augenblick zweifelt, sondern stets ohne weitere Ueberlegung die völlige Unrichtigkeit seiner Vorstellung zugiebt. Er fühlt selbst durchaus klar, dass die Zwangsvorstellung sich als ein fremdes, krankhaftes Element in sein Denken eingedrängt hat. Selbst bei ungebildeten Kranken ist man häufig überrascht, wie klar dieselben dies Krankheitsbewusstsein festhalten und äussern, so sehr sie auch in ihrem Handeln von denselben Zwangsvorstellungen beherrscht werden. „Ich muss", äussern alle diese Kranken auf Vorhalt dem Arzt gegenüber. Nun kommt es ja allerdings vor, dass anch Kranke mit Wahnvorstellungen gelegentlich äussern: „man macht mir diese oder jene absonderlichen Gedanken" oder „man giebt mir dies oder jenes in die Gedanken, man zwingt mich, dieses oder jenes zu denken". Aber diese Kranken weisen solche Gedanken, wenn sie dieselben anch als aufgezwungen bezeichnen, nicht a limine ab: sie zweifeln, und meist endet der Zweifel nach langem Kampf schliesslich doch mit einer Niederlage, d. h. mit einer Anerkennung der wahnhaften Gedanken. Der Zweifel verräth uns anch in diesen Fällen, dass keine Zwangsvorstellung, sondern eine aufkeimende Wahnidee vorliegt. Auch kommt uns meist ein weiteres Merkmal zu Hülfe. Diejenigen Kranken, welche ihre Wahnvorstellungen zunächst noch als ein fremdes, aufgezwungenes Element ihres Denkens betrachten, knüpfen meist hieran sofort wieder eine nene Wahnvorstellung, insofern sie behaupten, Personen ihrer Umgebung hätten durch irgendwelche Einflüsse, Gift oder Magne-

tismus oder geheimnissvolle Gedankenübertragung irgendwelcher Art, eben diese unrichtigen oder absonderlichen Vorstellungen in ihnen erregt. Indem sie also die eine Wahnidee zum Theil corrigiren, bilden sie eine neue ebenso wahnhafte Vorstellung (den „Wahn der Zwangsvorstellung"). Bei der echten Zwangsvorstellung ist dies niemals der Fall. Hier bezeichnet der Kranke den Zwang, dem er unterliegt, fast ausnahmslos selbst als einen krankhaften.

Besonders schwer kann gelegentlich die Unterscheidung einer Zwangsvorstellung von einer hypochondrischen Wahnvorstellung werden, da beide unter ganz ähnlichen Umständen auftreten und zu ganz ähnlichen motorischen Folgeerscheinungen führen können. So kann z. B. der ganze Symptomencomplex der oben erwähnten Agoraphobie oder Platzangst gelegentlich auch in Abhängigkeit von einer hypochondrischen Wahnvorstellung auftreten, d. h. den Kranken befällt bei dem Anblick eines grösseren Platzes, den er überschreiten soll, plötzlich — entweder ohne oder häufiger mit Angst — die Wahnvorstellung: Du kannst den Platz nicht überschreiten, deine Beine werden versagen, der Schlag rührt dich u. dgl. m. Dabei zweifelt jedoch der Kranke an der Richtigkeit dieser hypochondrischen Wahnvorstellungen keinen Augenblick, während der Kranke, dessen Agoraphobie auf Zwangsvorstellung beruht, die absolute Unrichtigkeit und Grundlosigkeit der sich ihm aufdrängenden Vorstellungen keinen Augenblick in Frage zieht. Der motorische Effect hingegen kann in beiden Fällen ganz derselbe sein. Auch der Kranke mit der hypochondrischen Wahnvorstellung versucht vergebens über den Platz zu kommen und macht oft weite Umwege, um solche Plätze zu vermeiden. Auch bei ihm kann die unrichtige Vorstellung sogar gelegentlich zu einer psychischen Lähmung führen: d. h. es kann dahin kommen, dass der Kranke schwankt oder wirklich zusammenbricht oder auch keinen Fuss mehr vorwärts zu setzen vermag und wie festgebannt stehen bleiben muss.

Auch die Unterscheidung mancher Zwangsvorstellungen*) von den früher erwähnten incohärenten Einfällen wahnhaften bezw. ganz sinnlosen Inhalts kann zuweilen Schwierigkeit machen. Auch hier ist entscheidend, ob der Kranke die abgerissen sich ihm aufdrängenden Gedanken bezw. einzelnen Vorstellungen von Anfang an und durchaus als seinem gesunden Denken widersprechend und aufgezwungen betrachtet oder ob sein Denken in diesen Einfällen aufgeht, diese somit als berechtigter und integrirender Theil des ersteren anerkannt werden. Im ersteren Fall liegt eine Zwangsvorstellung, bezw. Zwangsdenken, im letzteren ein wahnhafter Einfall bezw. eine Wahnidee vor. Uebrigens

*) Namentlich jener seltenen Zwangsvorstellungen, welche inhaltlich wechseln und oft auf einzelne Erinnerungsbilder ohne Urtheilsverbindung sich beschränken.

kommen zwischen diesen einzelnen Zwangsvorstellungen nnd diesen wahnhaften Einfällen weit öfter Uebergänge vor als zwischen den complicirten Zwangsvorstellungen (in Urtheilsform) und den complicirten Wahnvorstellungen.

Defecte der Urtheilsassociationen (Urtheilsschwäche).

Jedes Urtheil ist das Ergebniss des Znsammenwirkens einer grossen Zahl einzelner Associationen. Schon hei dem Urtheil: „Die Rose blüht roth" hetbeiligen sich zahllose einzelne Erinnerungsbilder mit zahllosen associativen Verknüpfungen. Der Inhalt des Urtheils ist von der Constellation aller dieser Erinnerungshilder und ihrer associativen Verknüpfungen abhängig. Die Richtigkeit des Urtheils leidet, sohald die für das Urtheil in Betracht kommenden Erinnerungsbilder und deren associative Verknüpfungen eine erhehlichere Veränderung erleiden. Bei der Wahnvorstellung und hei der Zwangsvorstellung wird die Uurichtigkeit der Urtheile dadurch bedingt, dass einzelne associative Verknüpfungen und einzelne Erinnerungsbilder einen ahnormen Einfluss auf die Ideenassociation gewinnen und letztere der Controle nnd der Revision durcb die Empfindungen entziehen. Unrichtige Urtbeile können jedocb anch dadurch zu Stande kommen, dass einzelne Erinnerungsbilder und einzelne associative Verknüpfungen fehlen, entweder weil sie nie gehildet oder weil sie im Verlauf einer Psychose zerstört worden sind. Es ist früher erwähnt worden, dass man diesen Mangel an Erinnerungshildern und associativen Verknüpfungen — er sei angehoren oder erworben — anch als Intelligenzdefect oder Scbwachsinn bezeichnet und dementsprecbend einen angeborenen nnd einen erworhenen Intelligenzdefect oder Schwachsinn unterscheidet. Dieser Intelligenzdefect äussert sich nicht nur in dem Mangel an einzelnen Erinnerungsbilderu und associativen Verknüpfungen, sondern regelmässig auch in unrichtigen Urtheilen, welche ehen dnrcb den Mangel an Erinnerungshilderu und associativen Verknüpfungen bedingt werden. Dies zweite Symptom des Schwachsinns bezeichnet man auch kurz als Urtheilsschwäche. Armuth an Vorstellnngen nnd associativen Verknüpfungen sowie Urtheilsschwäche machen das Wesen des Intelligenzdefectes, des erworbenen wie des angehorenen Schwachsinns aus. Die Urtheilsscbwäche hat mit der Wahnidee die sachliche Unrichtigkeit der Urtheile gemein, aher heide unterscheiden sich in der Entstehung: das unrichtige Urtheil des Intelligenzdefects kommt durch Defecte der Erinnerungsbilder und associativen Verknüpfungen zu Stande, dasjenige der Wahnidee durch einseitiges Ueherwiegen einzelner Erinnerungsbilder nnd associativer Verknüpfungen.

Die Urtheilsschwäche, die angeborene wie die erworbene, kommt in den verschiedensten Graden vor, von der leichtesten Kritiklosigkeit bis zur völligen Urtheilslosigkeit. Erstere ist bedingt durch das Fehlen einiger weniger complicirter Vorstellungen und Associationen, letztere beruht auf einem Fehlen der einfachsten und alltäglichsten Vorstellungen und Associationen. Am sinnenfälligsten zeigt sich diese Urtheilsschwäche bei dem erworbenen Schwachsinn, weil hier der Vergleich mit den früheren normalen Urtheilsleistungen möglich ist. Bei dem Gelehrten, welcher in irgend-eine Form des erworbenen Schwachsinns verfallen ist, fällt auf, dass seine wissenschaftlichen Arbeiten zusehends gedankenärmer werden: handgreifliche Widersprüche und naheliegende Einwände werden übersehen, weil eben gewisse Vorstellungen und Associationen ausbleiben. Der Kaufmann versieht sich in seinen Speculationen und Einkäufen; wichtige Factoren bleiben bei seinen Ueberlegungen unbeachtet und die wirklich beachteten Factoren kommen nicht in dem richtigen Stärkeverhältniss zur Geltung. Der Handwerker versieht sich in seinen Arbeitsplänen: wenn der Tischler die einzelnen Theile zu dem Schrank, den er herstellen soll, fertiggestellt hat und nun zusammensetzen will, so ergiebt sich, dass die Theile nicht zu einander passen; er hat sich irgendwie verrechnet und daher das unrichtige Ergebniss. Ebenso wie in dem Berufsleben, äussert sich die Urtheilsschwäche in dem täglichen Verkehr. Der Kranke vermag selbst einfachere Situationen nicht mehr durch seine Ueberlegung zu beherrschen. Allenthalben übersieht er wichtige Punkte und Beziehungen. In den schwersten Graden des Schwachsinns misslingen die einfachsten Urtheilsassociationen. Das Urtheil: „Die Rose hat gezähnte Blätter" kommt trotz seiner Einfachheit (es kommen nur 2 Erinnerungsbilder und deren e i n e associative Verknüpfung in Frage) nicht mehr richtig zu Stande. Die Begriffe oder noch öfter die associative Verknüpfung ist verloren gegangen. Die complicirteren Urtheile, welche ein sehr verwickeltes z. Th. unter der psychischen Schwelle sich abspielendes Einwirken zahlreicher latenter Erinnerungsbilder voraussetzen, unterbleiben ganz. Grobe Verstösse gegen die Logik häufen sich. Schliesslich schwindet mit der letzten associativen Verknüpfung auch die letzte Urtheilsassociation: der Kranke bringt kein Urtheil mehr zu Stande und äusserlich giebt sich dies darin kund, dass er Sätze nicht mehr zu bilden vermag. Es werden die wenigen Erinnerungsbilder, welche noch erhalten geblieben sind, zusammenhanglos an einander gereiht. Die Urtheilsschwäche führt somit in ihren schwersten Graden gleichfalls zu der sog. Incohärenz, welche wir früher bereits als Folgeerscheinung schwerer Ideenflucht oder gehäufter Hallucinationen und als primäre Associationsstörung kennen lernten. Diese Incohärenz des Schwachsinns resp. der Urtheils-

schwäche ist von der Incohärenz der Ideenflucht, der hallucinatorischen Incohärenz und der primären Incohärenz oder Dissociation völlig zu trennen. Die Incohärenz des Schwachsinns beruht auf dem Nichtvorhandensein bezw. dem Verlust einzelner Erinnerungsbilder und associativer Verknüpfungen, die Incohärenz der Ideenflucht hingegen auf dem im Gefolge der abnormen Beschleunigung der Ideenassociation eintretenden Auslassen verbindender Zwischenvorstellungen, die hallucinatorische Incohärenz auf dem massenhaften Einstürmen disparater Sinneseindrücke und endlich die primäre Incohärenz oder Dissociation auf einer allgemeinen formalen Störung im Ablauf der Ideenassociation (ohne inhaltlichen Defect).

Pathologisch-anatomische Grundlage. Während die Wahnvorstellungen und Zwangsvorstellungen ausnahmslos auf functionellen Veränderungen der Hirnrinde und ihrer Associationsbahnen beruhen, beruht die Urtheilsschwäche meist auf organischen Läsionen. Bei dem angeborenen Schwachsinn sind die Associationsfasern und Ganglienzellen der Hirnrinde nicht in normaler Zahl zur Entwicklung gelangt oder durch einen in den ersten Lebensjahren resp. intranterin aufgetretenen Krankheitsprocess (diffuse secundäre Sklerose nach infantilen Gehirnhämorrhagien, Thrombosen u. dgl.) schon früh wieder in erheblicher Zahl zu Grunde gegangen. Bei dem erworbenen Schwachsinn weist das Mikroskop schwere Veränderungen sowohl in den Ganglienzellen der Hirnrinde wie namentlich an den Associationsfasern nach, die theils innerhalb der Hirnrinde, theils auf der Grenze von Hirnrinde und Marklager in der sog. Markleiste verlaufen.

Verlauf der Urtheilsschwäche. Wahn- und Zwangsvorstellungen sind in vielen Fällen heilbar, d. h. das einseitige Ueberwiegen gewisser einzelner Vorstellungen und Associationsverknüpfungen bildet sich oft allmählich zurück. In noch höherem Maass gilt dies von den früher besprochenen formalen oder allgemeinen Störungen der Ideenassociation, also der Ideenflucht, Denkhemmung und Dissociation. Die Urtheilsschwäche ist hingegen fast ausnahmslos unheilbar und im Ganzen daher stets ein ominöses Symptom ganz ebenso wie der Defect an Vorstellungen und Associationen, auf welchen sie beruht. Allerdings vermag eine ärztlich geleitete Erziehung bei dem Congenital-Schwachsinnigen bei Aufwendung grosser Mühe schliesslich die Zahl der Vorstellungen und Associationen etwas zu vergrössern und damit auch die Urtheilsschwäche etwas zu bessern, aber diese Resultate bleiben stets sehr dürftig. Die Hirnrindenentwicklung dieser Individuen ermöglicht die Bildung complexerer Vorstellungen und Associationen nicht. Dadurch unterscheidet sich der Angeboren-Schwachsinnige von dem mangelhaft Erzogenen; ersterer ist trotz aller erziehlicher Versuche begriffs- und

associationsarm und daher urtheilsschwach, letzterer ist wegen Mangels an Erziehung begriffs- und associationsarm und urtheilsschwach. Noch ungünstiger ist die Prognose des erworbenen Schwachsinns, sowohl der Begriffs- und Associationsverarmung wie der daraus sich ergebenden Urtheilsschwäche. In der Regel ist dieser Process ein fortschreitender, welcher in der früher beschriebenen gesetzmässigen Reihenfolge Erinnerungsbild auf Erinnerungsbild, associative Verknüpfung auf associative Verknüpfung zerstört und so schliesslich zu einer völligen Urtheilslosigkeit führt. Alle Versuche des Arztes, dies Fortschreiten zu hemmen oder die verlorenen Erinnerungsbilder und Associationen z. B. durch Unterricht dem Kranken wiederzugeben, sind fast stets erfolglos. Der Kranke ist nicht mehr fähig in irgend erheblicherem Umfang neue Vorstellungen und Associationen zu erwerben und so sein Urtheil wieder zu schärfen, und w e n n es gelingt, einzelne Associationen und Vorstellungen wieder neu einzuprägen, so sind gerade diese neuerworbenen Associationen und Vorstellungen, wie früher erörtert, binnen kürzester Frist wieder dem Untergang verfallen (Ribot'sches Gesetz). Dies unaufhaltsame und unwiederbringliche Verarmen des intellectuellen Besitzstandes erklärt sich genugsam daraus, dass der ganze Process auf einer organischen Grundlage, dem Untergang von Ganglienzellen und Associationsfasern, beruht.

Die Erkennung der Urtheilschwäche ist oft mit grossen Schwierigkeiten verknüpft. Zunächst ist die Abgrenzung der krankhaften angeborenen Urtheilsschwäche von einer noch im Bereich des Normalen liegenden Beschränktheit des Urtheils oft sehr schwierig. Eine scharfe Grenze giebt es überhaupt zwischen beiden nicht. Es ergiebt sich dies ohne Weiteres aus dem, was früher über die fliessenden Uebergänge zwischen krankhaften Defecten der Begriffsbildung und der noch im Bereich des Normalen gelegenen Einschränkung der Begriffsbildung gesagt wurde. Jedenfalls ist zum Beweis der pathologischen Natur einer angeborenen Urtheilsschwäche stets erforderlich nachzuweisen, dass trotz zweckentsprechender Erziehungsversuche die Bildung von Begriffen und Associationen im normalen Umfang und die Reifung der Urtheilskraft zu der durchschnittlichen Höhe der Umgebung ausgeblieben ist.

Bei der erworbenen Urtheilsschwäche liegt in vielen Fällen die Verwechslung mit „Denkhemmung“ oder mit „Incohärenz“ sehr nahe. Differentialdiagnostisch kommen hier alle Merkmale in Betracht, welche früher bei Besprechung der Denkhemmung und der Incohärenz erwähnt wurden. Am wichtigsten sind für die Urtheilsassociationen folgende Punkte:

1. Der Kranke mit Hemmung urtheilt langsam oder garnicht, der

Kranke mit primärer Incohärenz fügt in seinem Urtheil ganz unzusammengehörige Vorstellungen zusammen, der Schwachsinnige urtheilt falsch: die Vorstellungen, welche er in seinem Urtheil verknüpft, gehören in gewissem Sinne zusammen, aber bei ihrer Verknüpfung sind erhebliche einschlägige Vorstellungen (Einwände u. dgl.) übersehen worden. Nur in den schwersten Graden des erworbenen Schwachsinns kommt es, wie oben erwähnt, zu einer Zusammenhangslosigkeit der Urtheilsassociationen, welche ganz derjenigen der primären Incohärenz entspricht. Der Unterschied lässt sich auch folgendermaassen veranschaulichen: der Kranke mit Denkhemmung spinnt seine Ideenassociation sehr langsam und mit vielen Pausen weiter, der Kranke mit Dissociation verliert den Faden fortwährend, der Kranke mit Urtheilsschwäche knüpft die Fäden falsch.

2. Der Kranke mit Hemmung und derjenige mit Incohärenz beantwortet gerade auch ganz einfache Fragen garnicht oder sehr langsam resp. mit ganz unzusammenhängenden Urtheilen, und andrerseits gelingt ihm gelegentlich — dank einem vorübergehenden Nachlass der Hemmung resp. Incohärenz — die Beantwortung sehr schwieriger Fragen. Der Kranke mit Urtheilsschwäche beantwortet gleichmässig zu allen Zeiten sämmtliche Fragen um so unrichtiger, je complicirter sie sind.

3. Die Affecte, welche die Hemmung begleiten, sind depressiver Natur; in anderen Fällen ist die Hemmung mit Apathie vergesellschaftet. Bei der Incohärenz fällt die Regellosigkeit der Affecte auf. Die Urtheilsschwäche ist durch den ungenügend motivirten, kritiklosen Uebergang von Weinerlichkeit zu alberner Heiterkeit und umgekehrt, ausgezeichnet.

4. Die Denkhemmung äussert sich auch in den Handlungen: alle Bewegungen sind gehemmt, d. h. entweder verlangsamt oder aufgehoben. Die Handlungen resp. Bewegungen des Kranken mit Dissociation fallen durch ihre völlige Regel- und Zusammenhangslosigkeit auf. Die einzelnen Bewegungen und Handlungen des Urtheilsschwachen sind allerdings durch Motive verknüpft, aber diese Motive sind unvollständig und unzureichend: es verräth sich in ihnen der Intelligenzdefect.

Auf die speciellen Schwierigkeiten, welchen diese wichtige Differentialdiagnose zwischen Denkhemmung, Dissociation und Urtheilsschwäche bei den einzelnen Krankheitsformen begegnet, wird im speciellen Theil zurückzukommen sein.

e. Störungen des Handelns.

Unsere Handlungen sind die nothwendigen Consequenzen der Ideenassociation. In die Ideenassociation tritt eine gewisse Zahl von Empfin-

dungen und Erinnerungsbildern (oder Vorstellungen) ein und aus deren Zusammenwirken resultirt ohne Dazwischentreten irgend einer neuen Seelenthätigkeit die Handlung. Ein besonderes Willensvermögen existirt nicht. Daher kennt die Psychopathologie auch keine eigenen Willensstörungen. Die Handlungen der Geisteskranken sind nur insofern gestört, als in der der Handlung vorausgehenden Ideenassociation pathologische Elemente vorhanden waren. Die auffällige Handlung eines Geisteskranken ist daher stets nicht einfach als solche zu registriren, sondern muss stets analysirt werden, d. h. auf Störungen der Empfindungen oder der Gefühlstöne oder der Vorstellungen oder der Thätigkeit der vorausgegangenen Ideenassociation selbst zurückgeführt werden.

Die krankhaften Handlungen lassen sich somit auf Grund ihrer verschiedenen Entstehungsweise eintheilen in:

α. Handlungen bedingt durch Empfindungsstörungen;
β. Handlungen bedingt durch Störungen in der Bildung oder Erhaltung der Erinnerungsbilder;
γ. Handlungen bedingt durch Affectstörungen;
δ. Handlungen bedingt durch Störungen der Ideenassociation.

Dieselben sollen im Folgenden der Reihe nach besprochen werden. Vorauszuschicken ist nur, dass man Zustände vermehrter und gesteigerter motorischer Action im Allgemeinen als motorische Agitation, und Zustände verminderter und herabgesetzter motorischer Action im Allgemeinen als motorischen Stupor bezeichnet.

α. Handlungen bedingt durch Empfindungsstörungen.

Unter den Empfindungsstörungen kommen namentlich die Hallucinationen und Illusionen in Betracht. Der Einfluss derselben auf das Handeln ist früher bereits ausführlich besprochen worden. In weitaus den meisten Fällen hat die Hallucination bezw. Illusion für den Kranken durchaus die Dignität einer normalen Empfindung, und wo sich etwa Hallucination und normale Empfindung widersprechen, überwiegt der Einfluss der Hallucination auf das Handeln. Ganz ebenso sind in der Regel auch die hemmenden Vorstellungen, welche im Verlauf der Ideenassociation auftauchen und dem Einfluss der Hallucination auf das Handeln entgegentreten, machtlos. Die Sinnestäuschung siegt und bestimmt das Handeln. Dieser Einfluss ist um so erheblicher, je massenhafter die Hallucinationen auftreten und namentlich je rascher sie sich häufen. Hallucinationen, welche allmählich im Laufe von Wochen und Monaten sich häufen, unterliegen, wenn auch keiner Correctur, so doch häufig einer gewissen Beherrschung durch normale hemmende Vor-

stellungen: der Kranke zweifelt nicht an der Realität der Sinnestäuschungen, aber er vermag ihren Einfluss auf sein Handeln wenigstens einzuschränken. Wo hingegen Sinnestäuschungen in raschem Anstieg sich häufen und auf den Kranken einstürmen, versagt die Selbstbeherrschung meist sehr rasch.

Bei jahrelangem Bestehen von Sinnestäuschungen findet man nicht selten, dass allmählich ihr Einfluss auf die Handlnngen wieder nachlässt. Chronische Hallucinanten lernen mitunter ihre Hallncinationen trotz ihres gehäuften Auftretens ignoriren. Sie sind nach wie vor von der Realität derselben überzengt, vermögen aher den Einfluss derselben auf ihr Bewegen und Handeln zu unterdrücken. Namentlich bei langjährigen Anstaltsinsassen kommt es unter der fortgesetzten Einwirkung der Anstaltsdisciplin oft schliesslich zu dieser motorischen Actionsträgheit gegenüber den Hallucinationen. Die Kranken reagiren höchsteus noch durch einige stereotype Schimpfwörter auf die sie belästigenden Stimmen und verrichten dabei ihre Haus- und Feldarheit gleichmässig weiter.

Eine allgemeine Beschreibung des hallncinatorischen, d. h. des durch Hallncinationen bedingten Handelus zu geben ist schlechterdings unmöglich. Dasselbe ist ebenso wechselnd und mannigfaltig wie der Inhalt der Hallncinationen selhst. Praktisch wichtig ist namentlich eine Eigenschaft, welche dem hallucinatorischen Handeln meist zukommt: es ist dies seine Unherechenharkeit. Eine plötzliche nnvermittelte Hallucination kann zu einer nnerwarteten Gewaltthätigkeit des Kranken gegen sich oder seine Umgebung führen. Hallncinanten bedürfen daher im Allgemeinen stets genauer Ueberwachnng.

Von dem hemmenden, beschleunigenden und verwirreuden Einfluss, welchen die Hallucinationen je nach ihrem Inhalt auf das Handeln haben, wird nnten zu sprechen sein.

β. Handlungen bedingt durch Defecte der Erinnerungsbilder.

Eine Handlung kaun dadurch zu einer pathologischen werden, dass Vorstellungen, welche bei dem gesunden Menschen stets vorhanden sind und das Handeln heeinflussen, fehlen, sei es, dass sie überhanpt uiemals gebildet wurden (angeborener Schwachsinn), sei es, dass sie im Verlauf einer Psychose verloren gegangen sind (erworbener Schwachsinn). Wir wollen solche Handlungen ganz allgemein als „Defecthandlnngen“ bezeichnen. Diese Defecthandlnngen sind dadurch ausgezeichnet, dass sie pathologisch-einfach sind. Das Handeln des Schwachsinnigen wird fast ausschliesslich durch seine actuellen Empfindungen nnd einige wenige concrete Begriffe bestimmt, während hei dem Gesunden abstracte Begriffe in complicirter Weise in das Spiel der Motive eingreifen. Das

Handeln kann dabei doch höchst schlau und listig sein: eine Strafhandlung kann z. B. den äusseren Umständen vorzüglich angepasst sein und doch kann die Defecthandlung eines Schwachsinnigen vorliegen, indem abstracte Begriffe bei ihrem Zustandekommen fehlten. Die Bewegungen und Handlungen eines Thieres, welches seiner Beute nachgeht oder vor dem Jäger flieht, sind in diesem Sinne gleichfalls schlau, insofern alle actuellen Empfindungen in sehr zweckentsprechender Weise die Bewegungen beeinflussen. Die Handlung des Schwachsinnigen und diese Handlung des Thieres haben gemeinsam, dass complicirtere, abstractere Begriffe im Spiel der Motive nicht auftreten, weil sie überhaupt nicht vorhanden sind. Der Schwachsinnige sieht z. B. eine Uhr liegen und nimmt sie an sich. Ein solcher Diebstahl eines Schwachsinnigen beruht in vielen Fällen darauf, dass der Schwachsinnige den complicirteren Begriff „Eigenthum" nicht gebildet oder eingebüsst hat. Er erkennt die Uhr als solche: die einfachen concreten Begriffe sind ihm erhalten geblieben; nur der abstracte Begriff des Eigenthums, die Unterscheidung zwischen Mein und Dein fehlt ihm, und weil diese complicirtere Vorstellung in das Spiel der Ideenassociation nicht eingreift, kommt die krankhafte Handlung, der Diebstahl, zu Stande.

γ. Handlungen bedingt durch Affectstörungen.

Der wichtigste Satz, welcher für die Einwirkung der Affecte auf die Handlungen in Betracht kommt, lautet: Positive Gefühlstöne befördern und beschleunigen das Handeln, negative hemmen und verlangsamen das Handeln. Am klarsten tritt dies bei der einfachen Depression oder traurigen Verstimmung und bei der einfachen Exaltation oder heiteren Verstimmung hervor. Der Depression geht motorische Hemmung, der Exaltation motorische Erregung parallel. Diese motorische Hemmung der Drepression ist nur eine Theilerscheinung der allgemeinen Trägheit der corticalen Associationen, welche wir oben als Stupor kennen lernten, und ebenso ist die motorische Erregung nur eine Theilerscheinung der allgemeinen Beschleunigung der corticalen Associationen, welche wir oben als Agitation kennen lernten. Diese formalen Störungen des Handelns durch pathologische Affecte werden unten ausführlicher zu besprechen sein, da die Anomalien des Handelns hier auf eine allgemeine Associationsstörung zurückzuführen sind; meist bleibt es geradezu unentschieden, ob der Affect (Depression bezw. Exaltation) die motorische Hemmung bezw. Erregung auslöst oder letztere der Affectstörung coordinirt sind. An dieser Stelle ist nur noch hervorzuheben, dass lediglich die einfache Depression und die einfache Exaltation in so einfacher Weise das Handeln beeinflussen. Sobald zu

ersterer der *Angst*affect und zu letzterer der *Zorn*affect hinzutritt, wird der Einfluss ein viel complicirterer. Die *Angst* wirkt allerdings zunächst und in erster Linie auch hemmend auf die corticalen Associationen und somit auch auf das Handeln, aber mit der zunehmenden Angst stellt sich auch häufig die Vorstellung der *Flucht* ein: der Kranke sucht sich um jeden Preis seiner Angst zu erledigen. Der Kranke findet im Angstaffect keine Ruhe. Er wandert Tag und Nacht umher und jammert Tage und Wochen lang. Man bezeichnet dies als die motorische Agitation der Angst. Oft kommt es zu sinnlosen Fluchtversuchen. Ungemein häufig versucht der Kranke durch Selbstmord seine Qual zu beenden. Eine scheinbar völlige motorische Hemmung eines geängstigten Kranken kann plötzlich von einem raschen Selbstmordversuch unterbrochen werden. In anderen Fällen entlädt sich die Angst in Gewaltthaten gegen die Umgebung, so namentlich in plötzlicher Brandstiftung oder auch in Tödtung der eigenen Kinder. Andere Kranke versuchen durch Alkoholexcesse ihre Angst zu betäuben. Auch excessive Onanie wird — namentlich bei weiblichen Kranken — in Zuständen heftigster Angst beobachtet.

Die Wirkung der *Apathie* auf das Handeln ist sehr verschieden, je nachdem es sich um ein generelles oder um ein partielles Fehlen der Gefühlstöne handelt. Sind alle Gefühlstöne gleichmässig ausgeblieben bezw. verloren gegangen, so ist das Handeln auf ein Minimum reducirt. Handlungen kommen, wie die normale Psychologie lehrt, nur dann zu Stande, wenn Bewegungsvorstellungen mit positiven Gefühlstönen vorhanden sind. Bei der Depression bleiben Handlungen deshalb aus, weil in Folge der allgemeinen Irradiation negativer Gefühlstöne alle oder fast alle Bewegungsvorstellungen von negativen Gefühlstönen begleitet sind, bei der allgemeinen Apathie bleiben sie aus, weil alle oder fast alle Bewegungsvorstellungen überhaupt *jedes* Gefühlstons *entbehren*. Man kann die Bewegungsträgheit der Apathie, da sie sich fast stets auch mit einer allgemeinen Associationsträgheit verknüpft, auch als *apathischen* motorischen Stupor bezeichnen.

Ganz anders wirkt das partielle Fehlen der Gefühlstöne, wie wir es in typischer Form bei dem angeborenen und erworbenen Schwachsinn finden. Hier sind speciell die Gefühlstöne der complicirteren, d. h. der abstracteren Begriffe nicht zur Ausbildung gelangt (angeborener Schwachsinn) oder verloren gegangen (erworbener Schwachsinn). Für die Handlungen der Kranken kommt am meisten *das Fehlen der Gefühlstöne der ethischen Begriffe* in Betracht. Wo diese fehlen, ist das Handeln ganz auf egoistische Interessen eingeengt und Strafhandlungen Thür und Thor geöffnet. Oben wurde das Beispiel eines Kranken angeführt, welcher eine Uhr stiehlt, weil ihm der Begriff

des Eigenthums überhaupt fehlt: es kommt ihm gar nicht zum Bewusstsein, dass er an fremdem Eigenthum sich vergreift. Es giebt andere Kranke, welche man ebenfalls zu den Schwachsinnigen rechnet, welche den Begriff des „Mein und Dein" sehr wohl besitzen, aber diesen Eigenthumsbegriff mit keinem der normalen Gefühlstöne begleiten. So geht diesen Kranken z. B. das Gefühl der Achtung vor fremdem Eigenthum völlig ab, und dieser Defect der complicirten ethischen oder, wie man auch sagen könnte, altruistischen oder socialen Gefühlstöne führt ganz ebenso zum Diebstahl wie der Defect der bezüglichen Begriffe selbst. Diese Individuen wissen wohl, dass sie sich an fremdem Eigenthum vergreifen, aber sie fühlen nicht und können nicht fühlen, dass dies Unrecht ist. Hieraus erhellt auch, wodurch sich diese Individuen von dem geistesgesunden Verbrecher unterscheiden. Der letztere stiehlt, obwohl er weiss, dass er sich an fremdem Eigenthum vergreift, und obwohl er fühlt, dass dies Unrecht ist.

Des Einflusses der pathologischen Zornmüthigkeit auf das Handeln wurde schon früher gelegentlich gedacht. Der Zornige ist zunächst wie gebunden: sprachlos und bewegungslos starrt er um sich. Auf diese anfängliche Hemmung erfolgt dann eine um so jähere, geradezu explosive motorische Entladung. Die schwersten Gewaltthätigkeiten gegen die Umgebung lösen plötzlich die anfängliche Hemmung ab. Diese motorische Agitation des Zorns kann sich schliesslich auch gegen leblose Gegenstände richten und in blindem Zerstören äussern.

Die pathologische Labilität der Stimmung bedingt eine ganz analoge Labilität der Handlungsweise. Der Kranke geht mitunter binnen wenigen Minuten — auf ein Scherzwort des Arztes hin — aus lautem Jammern in ein übermüthig lustiges Gebahren über. Auch die Launenhaftigkeit der Stimmung, welche früher geschildert wurde, führt in ganz analoger, leicht verständlicher Weise zu entsprechenden Schwankungen des Handelns des Kranken.

Einen ganz speciellen charakteristischen Einfluss haben endlich alle Affecte und namentlich die pathologischen Affecte auf die Gesticulation, das Mienenspiel und die Sprechweise, kurz auf die sogenannten Ausdrucksbewegungen. Speciell das Mienenspiel oder der Gesichtsausdruck des Geisteskranken bietet oft die wichtigsten diagnostischen Anhaltspunkte, so namentlich in allen denjenigen Fällen, wo die Kranken sich sprachlich fast garnicht äussern. Da jedem Affect und jeder Affectstörung eine ganz bestimmte Gesticulation, ein bestimmter Gesichtsausdruck und eine bestimmte Sprechweise zukommt, so gewährt das Studium der Ausdrucksbewegungen dem Erfahrenen einen ungemein sicheren Einblick in die psychischen Vorgänge des Kranken und giebt die besten Fingerzeige, in welcher Richtung Fragen an den Kranken zu stellen sind. Im Fol-

genden sollen die Ausdrucksbewegungen der wichtigsten Affecte kurz aufgeführt werden.

1. Ausdrucksbewegungen der Depression. Die Gesticulation der einfachen Depression ist auf ein Minimum reducirt. Die Musculatur des Rumpfes und der Extremitäten befindet sich meist in völliger Resolution. Die Arme hängen schlaff an der Seite herunter, die Hände sind oft schlaff auf dem Schoosse gefaltet. Der Kopf folgt der Schwere: sitzt der Kranke, so ist er auf die Brust herabgesunken; liegt er, so ruht er schwer auf den Kissen. Alles Mienenspiel ist erloschen. Die Augen sind gesenkt. Ihre Achsen convergiren meist ziemlich stark. Der Unterkiefer hängt schlaff herab. Die Mundwinkel sind durch den Musculus triangularis menti (depressor anguli oris) abwärts gezogen. Die Augenspalten sind etwas verengert durch Contraction des M. orbicularis oculi. Im Ganzen sind die Augenbrauen daber etwas nach unten verschoben. Nur ihre medialen Enden sind meist stark in die Höbe gezogen. Es beruht dies darauf, dass an der allgemeinen Contraction des M. orbicularis oculi sich auch diejenigen seiner Fasern betheiligen, welche in medialer Richtung aus dem Verband des Ringmuskels austreten und sich mit den Ursprüngen des M. frontalis verflechten, und dass zugleich der M. frontalis in seinen mittleren Abschnitten stark contrahirt ist. Man bezeichnet die eben erwähnten Fasern des Orbicularmuskels auch als M. corrugator supercilii. Die Wirkung des Corrugator geht dahin, die Haut der Nasenwurzel in senkrechte Falten zu legen und das mediale Ende der Augenbraue der Nasenwurzel zu nähern. Die gleichzeitige Contraction des M. frontalis legt die Stirn in senkrechte Falten. Dabei wird die Augenbraue im Ganzen nicht aufwärts gezogen, da die Contraction des Orbicularis oculi, wie erwähnt, entgegenwirkt und sogar eine leichte Verschiebung nach abwärts bedingt. Nur das mediale Ende der Augenbraue vermag in Folge des abweichenden Verlaufs der Corrugatorfasern des Orbicularis dem Zug des M. frontalis nach oben zu folgen. So entsteht die für den Gesichtsausdruck der Depression charakteristische aufwärts gerichtete Abbiegung der Augenbrauen an ihren medialen Enden. — Mitunter ist die Contraction des Musculus frontalis auf die medialen Bündel beschränkt: dann erscheint die übrige Stirn ungefurcht, und nur in der Stirnmitte sieht man über den senkrechten von der Nasenwurzel aufsteigenden Runzeln 4—5 horizontale Furchen. In anderen Fällen ist er in seiner ganzen Breite contrahirt: dann durchziehen horizontale leicht geschwungene Furchen die ganze Stirn. In der Mittellinie sind dieselben oft unterbrochen und gewöhnlich biegen ihre medialen Enden hier nach unten etwas ab.

Die Augen sind meist thränenlos. Viele solcher Kranken klagen

geradezu, dass sie nicht weinen könnten. Die Secretion der Thränendrüsen ist in vielen Fällen geradezu pathologisch herabgesetzt. Die Augen erscheinen daher eigenthümlich glanzlos.

Auf diese Störungen der Drüsensecretion, sowie auf die Störungen der Respiration und Circulation wird an anderer Stelle zurückzukommen sein.

Die Sprechweise der Depression ist ebenfalls meist sehr charakteristisch verändert. Die Kranken sind stumm oder sprechen unhörbar leise. Die Phonation ist so abgeschwächt, dass ein Kehlkopfleiden vorgetänscht werden kann. Zwischen den einzelnen Worten und zuweilen auch zwischen den einzelnen Silben machen die Kranken lange Pansen. Zuweilen kommt es nur zu abortiven lautlosen Lippenbewegungen. Wenn eine Kranke lant jammert, so dentet dies stets darauf, dass noch mehr vorliegt als eine einfache Depression.

2. Ansdrncksbewegnngen der Angst. In der Angst ist die gesammte Körpermusculatur mehr oder weniger gespannt. Diese Spannung kann eine ganz gleichmässige sein: die Kranken sitzen, liegen oder steben dann Tage nnd Monate ganz regungslos. Häufiger treten in der gespannten Körpermusculatur die Gesticulationen der Angst, die sogenannten Angstbewegungen auf: die Beine werden bald angezogen, bald gestreckt. Der Leib ist oft tief eingezogen. Der Oberkörper wird bald in frontaler, bald in sagittaler Richtung hin- und hergewiegt. Die Arme sind meist in allen Gelenken gebeugt. Seltener sind die Hände starr gefaltet. Oefter ringen die Kranke die Hände oder zupfen an den Fingerbeeren. Viele nagen auch in ihrer Angst an den Fingern und Nägeln. Andere zerkratzen sich am ganzen Körper (ohne Parästhesien). Die Mannichfaltigkeit dieser Angstbewegungen der Hände ist ausserordentlich gross. Im Gesicht fallen die weit aufgerissenen Augen auf. Die Bulbi treten weit vor. Die Stirn ist tief horizontal gefurcht; an der Nasenwurzel vermisst man selten einige senkrechte Furchen. Die medialen Enden der Augenbrauen sind nach oben, die Mnndwinkel nach unten gezogen ähnlich wie bei der einfachen Depression. Der Kopf ist häufig leicht rückwärts gebogen. Die Nasenlöcher sind meist erweitert, die Nasenflügel gehoben. Die Athmung ist äusserst unregelmässig: rasche oberflächliche Athemzüge werden ab und zn von völligem Athemstillstand oder einem tiefen langgezogenen Aufathmen unterbrochen. Die Sprache ist abgesetzt, mitunter fast skandirend. In den Fällen, wo anch bez. der übrigen Körpermusculatur der einfach hemmende Einfluss der Angst vorherrscht, also einfache Spannung der Körpermuskeln ohne Agitation besteht, pflegt auch die Sprache völlig gehemmt zu sein: der Kranke antwortet gar nicbt oder mit abortiven Lippenbewegungen. Wo der agitirende Einfluss der Angst vorherrscht, kommt

es zu stundenlangem, meist sehr monotonem Jammern. Zu Thränen kommt es auch bei der Angst in der Regel nicht. Ab und zu fällt in dem Jammern ein leicht singender Tonfall auf. In der höchsten Angst folgen die mit explosiver Gewalt die Hemmung durchbrechenden sprachlichen Aeusserungen sehr rasch aufeinander und werden schreiend laut.

Bisher war nur von solchen Angstzuständen die Rede, bei welchen der Kranke wenigstens liegen oder sitzen zu bleiben vermag. Bei den heftigeren Formen der agitirten Angst irrt der Kranke ruhelos umher. Stundenlang läuft er bald an's Fenster, bald kniet er nieder, bald drängt er zur Thür. Dabei reisst er sich die Haare aus, wühlt die Betten auf, verstellt die Möbel u. dgl. mehr. Diese complicirteren Ausdrucksbewegungen der Angst gehen ganz fliessend in die Angsthandlungen (sinnlose Flucht, Selbstmord, Gewaltthat gegen die Umgebung, z. B. Brandstiftung u. s. w.) über, welche oben bereits erwähnt wurden.

3. Ausdrucksbewegungen der Heiterkeit. Der Heitere ist in Bewegung. Er gestikulirt lebhaft. Die Stirn ist glatt. Der M. orbicularis oculi ist namentlich in seinem unteren Abschnitt stark contrahirt, sodass die Haut auf der Schläfe in Falten gelegt ist, welche strahlenförmig vom lateralen Augenwinkel divergiren. Die medialen Enden der Augenbrauen weichen eher etwas nach unten ab. Der reichlicheren Thränensecretion verdanken die Augen ihren Glanz. Die Mundwinkel sind lateral- und aufwärts verzogen, die Nasolabialfalten vertieft, die Wangen stärker vorgewölbt. In Folge der Hebung der Oberlippe wird zuweilen die obere Zahnreihe etwas entblösst. Das ganze Gesicht bekommt so einen lächelnden Ausdruck. Oft kommt dazu ein wirkliches Lachen d. h. eine Reihe kurzer klonischer Zwerchfellcontractionen im Anschluss an eine tiefe Inspiration. Die Sprechweise der heiteren Exaltation ist ebenfalls eine ganz typische. Die Worte fliegen rasch (Logorrhoe); oft fliessen gewählte Ausdrücke oder Reime mit unter. Die Interpunktionen werden oft garnicht durch entsprechende Pausen markirt.

4. Ausdrucksbewegungen des Zorns. Dieselben sind nicht so constant wie diejenigen der Depression, der Angst und der Exaltation. In der Regel ist die gesammte Körpermusculatur gespannt. Die Zähne sind fest aufeinander geschlossen. Zuweilen kommt es zu Zähneknirschen. Ober- und Unterlippe wird oft leicht zurückgezogen, so dass die Zähne entblösst werden. Auf der Stirn herrschen senkrechte Falten — in der Gegend der Naseuwurzel — vor. Der Orbicularis oculi wird namentlich in seinem oberen Theile contrahiert. Der Kopf wird bald zurückgeworfen, bald auch stark vorgebeugt. Die Arme sind meist in allen Gelenken gebeugt, die Hände häufig zur Faust geballt. Die ganze Stellung verräth die Bereitschaft zum Angriff.

In den schwersten Graden des Zorns kommt es entweder zu wirklichen Angriffen, also zu den oben erwähnten Zornhandlungen des Zerstörens, welche man auch als Tobsucht bezeichnet, oder es kommt zu einer krampfartigen Steigerung der Ausdrucksbewegungen des Zorns, der Kranke wirft sich zu Boden, schlägt, tritt und beisst rücksichtslos um sich und stösst gellende unarticulirte Schreie aus. Man bezeichnet derartige „Anfälle" gesteigerter Ausdrucksbewegungen auch als Affectkrisen. Die Erinnerung der Kranken für solche Affectkrisen ist oft nachträglich sehr lückenhaft oder auch ganz aufgehoben.

5. Für die Apathie ist die völlige Resolution sämmtlicher Körpermuskeln einschliesslich der Muskeln des Gesichts charakteristisch. Die Wangen scheinen schlaff herunter zu hängen. Die Haltung von Kopf und Gliedern ist wesentlich durch die Schwerkraft bestimmt. Der Rumpf erscheint zusammengesunken. Der Mund ist oft halb geöffnet, da der Unterkiefer schlaff herabhängt. Das Herabhängen der oberen Lider kann geradezu eine Ptosis vortäuschen. Am liebsten liegen die Kranken. In vielen Fällen ist der Kranke zunächst von einem Schlafenden kaum zu unterscheiden. Erst, indem man vorsichtig die oberen Augenlider emporhebt, lässt sich unterscheiden, ob Schlaf oder die schlaffe Haltung der Apathie vorliegt. Bei dem Schlafenden sind die Pupillen stark verengt und erweitern sich, sobald bei dem Oeffnen des Auges der Kranke erwacht. Bei dem Scheinschlaf des Apathischen findet man die Pupillen meist mittelweit und beobachtet eine deutliche Verengerung,*) sobald bei dem Oeffnen des Auges Licht in dasselbe fällt.

6. Bei der Labilität der Affecte beobachtet man ab und zu, dass der Gesichtsausdruck den Schwankungen der Affecte nicht mit gleicher Geschwindigkeit zu folgen vermag. Es kommt dabei zu einem eigenartigen gemischten Gesichtsausdruck, den man als Lachweinen bezeichnet. Oefter entspricht übrigens diesem sog. Lachweinen auch eine thatsächliche Coexistenz heiterer und trauriger Vorstellungen.

c. Handlungen, bedingt durch Störungen der Ideenassociation.

Weitaus am wichtigsten ist der Einfluss der allgemeinen oder formalen Störungen der Ideenassociation, also der Beschleunigung, Verlangsamung und Incohärenz der Association auf die Bewegungen bezw. das Handeln. Die Uebertragung der corticalen Erregung aus den Gebieten der Empfindungs- und Vorstellungselemente in die motorische Region ist nur eine Theilerscheinung, nur das Schlussglied des ganzen Associationsvorgangs und folgt denselben Gesetzen und zeigt dieselben Störungen wie die ganze übrige Ideenassociation.

*) Bei dem Schlafenden, den man weckt, tritt diese auf die Belichtung zurückzuführende Verengerung erst nach der anfänglichen Erweiterung ein.

1. Beschleunigung der motorischen Actionen.

Die Beschleunigung der motorischen Actionen ist eine Theilerscheinung der allgemeinen Beschleunigung der corticalen Association und sonach ein coordinirtes Symptom oder Corollarsymptom der früher besprochenen Ideenflucht. Wie diese beruht sie wahrscheinlich weniger auf einer Steigerung der Leitungsfähigkeit der in Betracht kommenden Associationsbahnen als auf einer Steigerung der Erregbarkeit der in Betracht kommenden Zellen selbst. Man bezeichnet die Beschleunigung der motorischen Entladungen auch kurz als „motorische Agitation“ oder auch als „krankhaften Bewegungsdrang“. In den leichtesten Graden äussert sich derselbe in einer abnormen Gesprächigkeit und einem gesteigerten Mienenspiel. In den höheren Graden kommt es zu einem ununterbrochenen, oft enorm raschen Sprechen, welches man als Logorrhoe bezeichnet. Die Stimme wird oft schreiend laut. An Stelle der einfachen Steigerung des Mienenspiels tritt oft ein excessives Grimassiren (namentlich bei jugendlichen Kranken). Ebenso ist die Gesticulation abnorm gesteigert. Die Kranken fahren, während sie sprechen, ruhelos mit den Armen umher. Noch ausgesprochener als auf dem Gebiet dieser Ausdrucksbewegungen zeigt sich der Einfluss der allgemeinen Beschleunigung der corticalen Associationen auf dem Gebiet der sog. willkürlichen Bewegungen. Die Kranken können nicht still sitzen. Immer wieder springen sie auf und wandern umher. Der Schritt nimmt oft einen leicht hüpfenden, tänzelnden Charakter an, namentlich bei weiblichen Individuen. Ausserhalb der Anstalt streifen die Kranken tagelang umher. Mitunter kommt es zu ausgesprochener Vagabundage. Die Kranken sind übergeschäftig. Sie beginnen tausenderlei Arbeiten mit grossem Uebereifer und pathologischer Hast, um eine jede nach kurzer Zeit wieder liegen zu lassen. Ein willkommenes Feld für den Bewegungsdrang der Kranken — namentlich weiblicher Individuen — bietet auch die Toilette. Die Kranken nesteln viel in ihrem Haar, drei-, viermal täglich wechseln sie die Frisur, fortwährend ziehen sie sich an und aus.

Die schwersten Grade der motorischen Agitation bezeichnet man auch als Tobsucht. Aehnlich wie die Ideenflucht in ihren höchsten Graden zu der früher beschriebenen secundären Incohärenz führt, so verlieren auch die Bewegungen der Kranken schliesslich ihren Zusammenhang sowohl unter sich, wie mit den gleichzeitigen und vorausgegangenen Vorstellungen. Es kommt zu unarticulirtem Schreien und sinnlosem Grimassenschneiden. Die Kranken laufen ziellos umher, schiessen Purzelbäume, springen in die Luft, tanzen, wälzen und werfen sich auf dem Boden hin und her. Weiter äussert sich der pathologische excessive Bewegungsdrang darin, dass die Kranken sich entkleiden, ihre

Kleider zerreissen, die Betten ausräumen, Möbel zertrümmern, an den Thüren poltern u. dgl. mehr. Im Verkehr mit anderen Personen werden die Kranken jetzt sehr leicht handgreiflich und selbst aggressiv. Ein kleiner Reiz genügt, um eine schwere Gewaltthat hervorzurufen.

Man unterscheidet — ganz entsprechend der Eintheilung der Beschleunigung der Ideenassociation — folgende Formen der Beschleunigung der motorischen Actionen:

1. Den primären Bewegungsdrang; derselbe entspricht der primären Ideenflucht und kommt fast stets zusammen mit ihr vor. Nur bei organischen Rindenerkrankungen (Dementia paralytica etc.) findet man, wahrscheinlich entsprechend der vorwiegenden Localisation des als Reiz wirkenden Krankheitsprocesses in der motorischen Region, öfter auch Agitation ohne entsprechende Ideenflucht. Er ist dadurch definirt, dass er Theilerscheinung einer allgemeinen Beschleunigung der corticalen Associationen ist, welche auf andere psychopathische Symptome nicht zurückgeführt werden kann. Zum primären Bewegungsdrang rechnet man auch den Bewegungsdrang, welcher vergesellschaftet mit heiterer Verstimmung und in einer gewissen Abhängigkeit von derselben bei vielen Psychosen (Manie, ideenflüchtige Form der Paranoia, Exaltationsstadium der Dementia paralytica) vorkommt.

2. Den secundären Bewegungsdrang. Dieser kann seinerseits die Folge sein:

a. gehäufter Hallucinationen (hallucinatorische Agitation), seltener gehäufter Wahnvorstellungen,

b. gesteigerter Affecte (affective Agitation). Es wurde schon mehrmals erwähnt, dass die Affecte mit positivem Vorzeichen im Allgemeinen die corticalen Associationen und somit auch die motorischen Entladungen beschleunigen, vermehren und steigern. Besonders gilt dies von der einfachen Exaltation. Allerdings wurde schon oben hervorgehoben, dass die motorische Agitation, welche wir so oft neben einer ausgesprochenen primären Exaltation finden, in vielen Fällen auf Grund des ganzen Krankheitsverlaufs nicht einfach als Secundärsymptom auf die Exaltation zurückgeführt werden kann, sondern der Exaltation coordinirt ist und somit ebenfalls als primäres Krankheitssymptom angesehen werden muss. In anderen Fällen ist unzweifelhaft die motorische Agitation eine directe Folgeerscheinung der heiteren Verstimmung: sie entsteht im Gefolge der letzteren, nimmt parallel mit derselben zu und ab und schwindet zugleich mit ihr. Auch Zorn und Angst können, wie die früheren Erörterungen ergeben, gelegentlich zu motorischer Agitation Anlass geben. Doch handelt es sich bei diesen Affecten nicht um eine allgemeine Beschleunigung der motorischen Entladungen, sondern um eigenartig gemischte Beeinflussungen des

Handelns. Bei der Angst findet man neben den Angstbewegungen und Angsthandlungen, deren Schnelligkeit und Lebhaftigkeit oft eine allgemeine motorische Agitation vortäuschen kann, im Uebrigen die der Angst zukommende motorische Hemmung. Ebenso ist bei dem Zorn die schliessliche Entladung bez. ihrer Schnelligkeit und Intensität von den Entladungen der einfachen allgemeinen motorischen Agitation, wie wir dieselben oben beschrieben haben, oft kaum verschieden; aber aus der Hemmung, welche der explosiven Entladung des Zorns vorangeht, und aus der eigenartigen Resolution, welche ihr nachfolgt, lässt sich leicht erkennen, dass die einfache allgemeine Beschleunigung der motorischen Actionen, welche wir jetzt im Auge haben, nicht vorliegt.

Die Unterscheidung der primären und secundären Agitation ist nur auf Grund genauer Beobachtung möglich. Man wird sich bei jedem motorisch erregten Kranken vor allem zunächst die Frage vorlegen müssen:

a. Bestehen Hallucinationen und Wahnideen?

b. Bestehen Affectstörungen?

und wenn diese Fragen zu bejahen sind, wird man sich weiter fragen: Erklärt sich die zur Zeit bestehende motorische Agitation in ausreichender Weise aus den bestehenden Hallucinationen, Wahnideen oder Affectstörungen? Dabei ist namentlich das Stärkeverhältniss der Agitation einerseits und der Hallucinationen, Wahnideen bezw. Affectanomalien andrerseits in Rücksicht zu ziehen. Auch die Reihenfolge der Entwicklung der Symptome ist zu beachten. Ergiebt sich, dass die nachgewiesenen Hallucinationen, Wahnvorstellungen resp. Affectanomalien nicht zur Erklärung der derzeit bestehenden motorischen Agitation ausreichen, so ist letztere als ganz oder theilweise primär anzusehen. Dabei ist im Auge zu behalten, dass Exaltation und Agitation oft in hohem Grade parallel gehen und doch coordinirt sein können. Man wird hier also trotz grosser und entsprechender Intensität der Affectstörung die Agitation sehr oft als primär bezeichnen müssen. Reichen die Hallucinationen und Wahnvorstellungen bezw. die Affectstörungen zur Erklärung der bestehenden Agitation aus, so ist letztere als secundär anzusehen: der Kranke ist „hallucinatorisch erregt“ oder „affectiv erregt“, aber nicht primär motorisch erregt. Die weitere Frage, ob hallucinatorische, wahnhafte oder affective motorische Erregung vorliegt, bietet gemeinhin keine neuen Schwierigkeiten. Häufig erweist sich auch, dass die secundäre motorische Erregung gemischt ist: die Hallucinationen wirken erregend auf das Handeln der Kranken, insofern sie ihrem Inhalt entsprechend von lebhaften Affecten begleitet sind oder zahlreiche Wahnvorstellungen anregen.

2. Verlangsamung der motorischen Actionen.

Die Verlangsamung der motorischen Actionen ist eine Theilerscheinung der allgemeinen Verlangsamung der corticalen Associationen und sonach ein Corollarsymptom der früher besprochenen Denkhemmung. Den Gesammtzustand corticaler Hemmung, welcher sich aus der motorischen Hemmung, der Denkhemmung und der früher erwähnten Aprosexie zusammensetzt, bezeichnet man auch als Stupor. In den leichtesten Graden äussert sich derselbe in einer gewissen Schwerfälligkeit und Langsamkeit der Bewegungen. Es dauert nicht nur länger, bis der Kranke eine Frage oder einen Befehl (z. B. eine Bewegung auszuführen) richtig auffasst (= Aprosexie und Denkhemmung), sondern die Worte der Antwort werden auch langsamer, oft wie abgesetzt gesprochen und die befohlenen Bewegungen langsamer, wie zögernd, ausgeführt. Mienenspiel und Gesticulation unterbleiben fast ganz. In dem Handeln des täglichen Lebens erscheinen die Kranken willensschwach und unschlüssig (Abulie), oft geradezu rathlos. Die Denkhemmung erschwert schon das Zustandekommen eines Entschlusses im höchsten Maass, aber selbst wenn der Kranke diese glücklich überwunden hat, kommt er in Folge der motorischen Hemmung kaum über die ersten Anfänge der Ausführung seines Entschlusses hinaus.

In seinen höheren Graden weist der motorische Stupor zwei verschiedene Formen auf, deren Unterscheidung praktisch zweckmässig ist, wenn auch Uebergangsformen öfter beobachtet werden. Entweder nämlich äussert sich die motorische Hemmung in einer völligen Resolution der Körpermusculatur oder in einer gleichmässigen sog. katatonischen Spannung derselben, welche man auch als Attonität bezeichnet. Endlich beobachtet man zuweilen als Ausdruck der motorischen Hemmung auch die Einschränkung der willkürlichen Bewegungen auf einige wenige stunden-, tage- und monatelang stereotyp sich fortwährend wiederholende Bewegungen. Man bezeichnet solche Bewegungen auch als katatonische. Alle 3 Formen der motorischen Hemmung sollen im Folgenden getrennt besprochen werden.

Die Resolution kann solche Grade erreichen, dass der Kranke monatelang kein Glied rührt. Der Unterkiefer hängt meist schlaff herab. Passive Bewegungen der Extremitäten stossen auf keinen Widerstand. Erhebt man den Arm und lässt ihn wieder los, so fällt er schwer, wie leblos, auf die Unterlage zurück. Die Augen sind meist geschlossen, doch begegnet die Hebung des oberen Lids keinem Widerstand: auch der Levator palpebrae ist an der allgemeinen Resolution betheiligt. Mitunter unterbricht die Nahrungsaufnahme vorübergehend die Resolution, d. h. der Kranke isst wenigstens spontan. In anderen

Fällen kommt es zu Abstinenz: der Kranke sitzt nicht aufrecht, und wenn man ihn stützt und ihm eine Flüssigkeit einflösst, lässt er dieselbe aus den Mundwinkeln wieder ausfliessen. Auch Koth und Urin lassen viele Kranke unter sich. Sie waschen und kämmen sich nicht selbst. Auch starke Schmerzreize lösen oft kaum ein Blinzeln aus.

Die einfache katatonische Spannung fixirt den Rumpf und die Extremitäten des Kranken, je nachdem diese oder jene Muskelgruppe besonders stark contrahirt ist, in den verschiedensten Stellungen. Bald herrscht der Flexionstypus, bald der Extensionstypus vor, bald sind Flexionen und Extensionen, Pronationen und Supinationen und Rotationen in sehr complicirter Weise gemischt, so dass die eigenthümlichsten bizarren Stellungen entstehen. So ist z. B. auf Fig. 4 (Tafel am Schluss des Buches) eine solche katatonische Stellung abgebildet, welche die Kranke monatelang fast ununterbrochen beibehielt. Die Augen sind bald fest geschlossen, bald offen und dann entweder mit den Axen parallel gestellt oder auch auf einen Punkt in's Leere, seltener auf ein wirkliches Object gerichtet. Die Kiefer sind oft fest aufeinander gepresst. Alle passiven Bewegungen stossen auf erheblichen Widerstand. Meist hat man bei dem Versuch, eine passive Bewegung auszuführen, direct das Gefühl, dass die Spannung der Musculatur um so grösser wird, je mehr Kraft man aufwendet, die Lage und Stellung der Glieder zu verändern. Hat man schliesslich doch gewaltsam eine passive Bewegung durchgesetzt und lässt nun los, so kehren die Glieder bald ruckweise, bald langsamer in ihre ursprüngliche Stellung zurück. Auch hier kommt es oft zu Abstinenz, Einnässen und Kothverunreinigung. Schmerzreize, z. B. tiefe Nadelstiche, lösen meist höchstens ein momentanes Zwinkern der Augenlider aus. Selbst auf lauten Anruf reagiren die Kranken nicht, geschweige denn auf gewöhnliches Fragen. Es besteht also ebenso wie bei der Resolution „Mutismus".

Nahe verwandt mit der einfachen katatonischen Spannung ist die sog. Flexibilitas cerea. Auch hier nimmt der Körper des Kranken eine gewisse Dauerstellung ein, die Spannung der Körpermusculatur ist eine sehr unerhebliche. Passive Bewegungen begegnen keinem grösseren Widerstand als die Hand des Künstlers, der Thon oder Wachs zu Figuren knetet. Hat man durch passive Bewegung den Gliedern des Kranken eine neue Stellung gegeben, so verharren dieselben nun in dieser neuen Stellung so lange, bis eine neue passive Bewegung vorgenommen wird oder Ermüdung eintritt. Letzteres pflegt zuweilen selbst bei unbequemer, die Muskelkräfte in hohem Maasse in Anspruch nehmender Stellung erst nach 3—4 Stunden einzutreten. Zeichnet man die myographische Curve eines in solcher Schwebe befindlichen Armes auf einer rotirenden Trommel auf, so fällt oft die Abwesenheit aller erheblicheren

Zitterbewegungen auf. Gegenüber Simulationsversuchen lässt sich diese Thatsache oft mit Erfolg verwerthen. — Nicht verwechselt werden darf die eben beschriebene Flexibilitas cerea mit der katatonischen Stellung mancher Kranken, welche willkürlich, d. h. auf Grund bestimmter Vorstellungen, den passiven Bewegungen langsam nachgeben und willkürlich die durch die passive Bewegung herbeigeführte Haltung beibehalten. Man erkennt diese „Pseudoflexibilitas cerea" meist leicht daran, dass die Kranken die passive Bewegung nicht einfach mitmachen, sondern — in Folge des willkürlichen Mitinnervirens — der passiven Bewegung etwas vorauseilen und zuweilen auch dieselbe etwas modificiren.

Die stereotypen oder katatonischen Bewegungen bestehen, soweit sie auf motorische Hemmung zurückzuführen sind, bald in einfachem Wiegen des Rumpfes (in frontaler oder sagittaler Ebene) oder in fortwährenden Drehungen des Kopfes oder Rumpfes. Mitunter kommt es zu stundenlangem Kreisdrehen oder auch zu stundenlangen Reitbahnbewegungen. Dieselben sind mit den früher erwähnten Angstbewegungen oder mit den später zu erwähnenden Zwangsbewegungen, welchen sie in hohem Maasse ähneln und zu welchen fliessende Uebergänge existiren, nicht zu verwechseln. Dass diesen Wiege- und Drehbewegungen wirklich Hemmungen zu Grunde liegen, ergiebt sich daraus, dass auch bei Nachlass der stereotypen Bewegungen anderweitige willkürliche Bewegungen garnicht oder nur äusserst langsam vollzogen werden.

Hinsichtlich der Genese unterscheidet man folgende Formen der motorischen Hemmung:

1. Die primäre motorische Hemmung (Hemmung s. str.). Dieselbe entspricht der primären Denkhemmung und kommt fast stets zusammen mit ihr vor. Sie ist die Theilerscheinung einer allgemeinen Verlangsamung der corticalen Associationen, welche auf andere psychopathische Symptome nicht zurückgeführt werden kann. Oft tritt sie vergesellschaftet und coordinirt mit Depression und Angst auf (so z. B. bei der Melancholie, bei der stuporösen Form der Paranoia, im Depressionsstadium der Dementia paralytica). Da sich meist die Hemmung nicht ausreichend als einfache Folgeerscheinung der Depression und Angst erklären lässt, vielmehr zwischen beiden eine eigenartige Wechselbeziehung besteht, rechnet man diese Hemmung noch zur primären Hemmung. — Die primäre Hemmung äussert sich meist in einfacher Resolution oder sehr einfachen katatonischen Spannungszuständen; zuweilen findet sich Flexibilitas cerea.

2. Die secundäre motorische Hemmung (unechte Hemmung, Pseudostupor). Diese kann die Folge sein

a. bestimmter Hallucinationen, so namentlich imperativer Akoasmen — eine Stimme ruft dem Kranken zu: rühre dich nicht —

ferner fascinirender Hallucinationen — der Blick des Kranken wird durch himmlische Visionen gefesselt —, desgl. gewisser schreckhafter Hallucinationen — der Kranke sieht aufgethürmte, sturzdrohende Maschinen oder jähe Abgründe um sich —, endlich namentlich auch gewisser Bewegungshallucinationen — der Kranke sucht vermeintliche, hallucinatorisch empfundene Bewegungen durch Einnehmen bestimmter Stellungen zu compensiren.

b. bestimmter Wahnvorstellungen. So kann die Wahnvorstellung: „wenn ich mich rühre, muss ich sterben“ oder „wenn ich mich rühre, kommen 1000 Seelen um ihre himmlische Seligkeit“ und ähnliches zu einer ausgesprochenen secundären motorischen Gebundenheit — auch ohne Eingreifen irgend einer Hallucination — führen.

c. bestimmter Affecte. Es wurde schon mehrfach hervorgehoben, dass Affecte mit negativen Vorzeichen und zwar speciell die einfache Depression und die Angst im Allgemeinen die corticalen Associationen verlangsamen, vermindern und abschwächen. Auch wurde bereits erwähnt, dass die Angst ausser motorischer Hemmung zuweilen auch motorische Agitation hervorrufen kann. Dabei wurde jedoch auch betont, dass in vielen Fällen die motorische Hemmung nicht einfach abhängig ist von der Affectstörung, sondern ihr bis zu einem gewissen Grade coordinirt ist, und dass man in solchen Fällen die motorische Hemmung noch als primär auffasst. Auch die Hemmung, welche der Zorn vor der explosiven Entladung zeigt, fand bereits Erwähnung.

d. des angeborenen und erworbenen Schwachsinns. Der Defect an Erinnerungsbildern und associativen Verknüpfungen bedingt bei dem Schwachsinnigen nicht nur eine pathologische Langsamkeit der Ueberlegung, sondern auch eine pathologische Langsamkeit des Handelns.

Die Unterscheidung der primären und secundären motorischen Hemmung erfolgt nach ganz denselben Principien wie die Unterscheidung zwischen primärer und secundärer Agitation. Im Besonderen ist noch zu bemerken, dass diejenige Hemmung, welche sich in Resolution äussert, fast stets entweder primär oder affectiven Ursprungs ist, und zwar handelt es sich in letzterem Falle meist um einfache Depression, nicht um Angst. Die Hemmung der Angst ist meist katatonisch. Die hallucinatorische Hemmung äussert sich zuweilen auch in einfachen katatonischen Spannungen, öfter jedoch in sehr complicirten „katatonischen Attitüden“, wie sie auch z. B. die obenerwähnte Figur darstellt. Praktisch ist von grösster Bedeutung, dass sowohl die secundäre Hemmung der Angst wie die secundäre hallucinatorische Hemmung ganz plötzlich und mitunter nur für einige Minuten oder Stunden von Erregungsanfällen unterbrochen werden können. Namentlich auf plötzliche Suicidversuche und plötzliche Gewaltthätigkeiten muss man bei

diesen pseudostuporösen Zuständen stets gefasst sein. Diese plötzlichen Agitationszustände liefern zugleich den besten Beweis, dass diese secundären Hemmungen nicht echte primäre allgemeine Hemmuugen sind, sondern auf dem einseitigen Dominiren bestimmter pathologischer Affecte, Empfindungen oder Wahnvorstellungen beruhen: eine leichte Verschiebung dieser Primärstörungen genügt, die motorische Hemmung zu lösen bezw. auch in ihr Gegentheil, in Agitation zn verwandeln.

Pseudoflexibilitas cerea deutet fast stets auf eine durch Wahnvorstellungen oder Hallucinationen erzeugte secundäre Hemmung. Echte Flexibilitas cerea ist bei primärer Hemmung häufiger.

Differentialdiognostisch kommt namentlich auch die Unterscheidung der Resolution von dem natürlichen Schlaf, dem beabsichtigten Scheinschlaf vieler Kranken und endlich dem hysterischen und epileptischen Schlaf sowie von den Zuständen völliger Bewusstlosigkeit in Betracht. Die Miosis des natürlichen Schlafs wurde als Unterscheidungsmerkmal bereits oben genannt. Im beabsichtigten Scheinschlaf verrathen sich die Krankeu meist durch ein leichtes Blinzeln, eine leichte Uuregelmässigkeit der Respiration oder ein leichtes Mitinnerviren bei passiven Bewegungen. Bei dem hysterischeu Schlaf vermag genauere Beobachtung fast stets einzelne convulsivische Contractionen zu entdecken. So sind namentlich die Kaumuskeln, auch wenn die ganze sonstige Körpermusculatur völlig erschlafft ist, fast stets stark contrahirt. Die Dauer des hysterischen Schlafanfalls übersteigt selten 48 Stunden. Sehr häufig liefert die Unterbrechung durch einen typischen hysterischen Krampfanfall oder auch durch einfache klonische Krämpfe völlige diagnostische Klarheit. Meist gelingt es auch im hysterischen Schlafe trotz sonstiger Reactionslosigkeit auf Schmerzreize einen oder den anderen Punkt (an der Wirbelsäule, unter den Klavikeln, in der Iliacalgegend etc.) zu finden, welcher intensiv druckempfindlich ist: zuweilen löst Druck anf eine solche Stelle sogar einen hysterischen Aufall aus („hysterogene Zone"). Bei der einfachen Resolution erleidet die allgemeine Reactionslosigkeit fast niemals solche Ausnahmen. — Echter epileptischer Schlaf ist sehr selten. Die schlafähnlichen Zustände, welche bei Epileptischen oft vorkommen, sind in der Regel wirklich stuporöse Zustände im Sinne der oheu angegehenen Definition. Endlich ist die Verwechslung der Resolution mit Zuständen der Bewusstlosigkeit, wie solche z. B. bei organischen Hirnerkrankungen und Meningitis gelegentlich vorkommen, durch eine genaue körperliche Untersuchung zu vermeiden.

Die Differentialdiagnose zwischen der katatonischen Hemmung und manchen anderweitigen Zuständen allgemeiner oder sehr verbreiteter Muskelcontractionen bietet erhehlich mehr Schwierigkeiten. Zunächst

wäre auch hier die Verwechslung mit hysterischem Schlaf möglich, da letzterer nicht nur in der oben erwähnten schlaffen Form, sondern auch in der Form eines sehr ausgebreiteten tonischen Krampfes auftritt. Anch Flexibilitas cerea (Katalepsie) wird gelegentlich im hysterischen Schlafanfall beobachtet. Differentialdiagnostisch ist man — abgesehen von anamnestischen Erbebnngen — namentlich auf das Aufsuchen hysterogener Zonen angewiesen. Bezüglich der Feststellung bysterischer Antecedentien oder Symptome ist jedoch besonders zu erwähnen, dass bei der Hysterie neben den in Rede stehenden echten Schlafanfällen auch typische Stuporzustände mit katatonischer Spannung vorkommen. Zwischen diesen hysterischen Stuporzuständen und den hysteriscben Schlafzuständen existiren fliessende Uebergänge, so dass die in Rede stehende Differentialdiagnose oft gegenstandslos wird. Viel belangreicher ist die Unterscheidung der katatonischen Zustände von den allgemeinen Contracturen, wie sie gelegentlich bei organischen Erkrankungen des Centralnervensystems beobachtet werden. Folgende Gesichtspunkte kommen hierbei in Betracht:*) die organisch bedingten Contracturen lösen sich im Schlaf gar nicht oder wenigstens nicht vollständig, die katatonischen Spannungen lösen sich im Schlaf vollständig. Die organisch bedingten Contracturen halten stets einen sehr einfachen Typus (Flexionstypus, Extensionstypus u. s. w.) ein, während selbst die einfachsten katatonischen Stellungen eine complicirtere Combination und Auswahl von Muskelcontractionen aufweisen. Auch giebt eine genaue körperliche Untersnchung weitere Anhaltspnnkte, ob eine organische Läsion vorliegt oder nicht. Nur darf man daraus, dass überhaupt Symptome einer organischen Erkrankung des Centralnervensystems vorliegen, nicht sofort schliessen, dass bestehende tonische Muskelcontractionen Contracturen seien. Es giebt nämlich Psychosen, welche auf einer organischen Erkrankung des Centralnervensystems beruhen, wie z. B. die Dementia paralytica, Dementia senilis etc., und bald echte stuporöse Zustände in katatonischer Form, bald Contracturen zeigen. Man wird also doch stets gezwnngen sein, aus der Beschaffenheit, dem Verhalten nnd der Combination der Muskelcontractionen selbst die Entscheidung, ob Contractur oder katatonische Spannung, herzuleiten.

*) In manchen Fällen genügt natürlich einfach die Aufforderung, Bewegungen auszuführen, um Klarheit zu schaffen: der Kranke mit Contractur macht dann sichtlich Versuche, die aufgetragene Bewegung auszuführen, und äussert sich dahin, dass er nicht könne, während die Katatonischen schweigen und nicht einmal einen Versuch machen, die Bewegung auszuführen. In vielen Fällen versagt diese Probe, da Kranke mit Contractur häufig zugleich psychisch krank sind und aus irgend einem krankhaften Motiv Befehlen nicht gehorchen nnd sich sprachlich nicht aussern, und da gelegentlich auch Katatonische sich zu bewegen versuchen und durch Lispeln oder Mienenspiel zu verstehen geben, es sei ihnen unmöglich.

3. Incohärenz der motorischen Actionen.

Die Incohärenz der motorischen Actionen ist eine Theilerscheinung der allgemeinen Dissociation, d. h. der allgemeinen Incohärenz der corticalen Associationen und sonach ein Corollarsymptom der früher besprochenen Incohärenz des Vorstellungsablaufs. Man bezeichnet den daraus resultirenden Gesammtzustand auch kurz als „Verwirrtheit". Die Handlungen des gesunden Menschen erfolgen in strenger Abhängigkeit von seinen vorausgegangenen resp. gegenwärtigen Empfindungen und Vorstellungen, und die aufeinander folgenden Einzelhandlungen stehen vermöge gemeinsamer Abhängigkeit von gewissen dominirenden Empfindungen und Vorstellungen auch untereinander in erkennbarem Zusammenhang.*) Diese höchste Coordination, welche den psychisch motivirten Handlungen des Geistesgesunden zukommt, ist bei vielen Geisteskrankheiten gestört, und eben diese Störung wird als motorische Incohärenz bezeichnet. In ihren leichtesten Graden verräth sich dieselbe darin, dass die zusammengesetzten Handlungen der Kranken eigenthümlich planlos ausfallen. Auf ihren Spaziergängen irren die Kranken plan- und ziellos umher. Ihr Wandern steht nicht in Einklang mit den Motiven und Zielen, welche ihnen zunächst vorschwebten. Im Hause wenden sie sich von einer Beschäftigung zur andern. Auf dem Gesicht malt sich eine zunehmende Rathlosigkeit. In den höheren Graden der Incohärenz erscheint auch die einzelne Handlung für sich betrachtet sinnlos, insofern sie nicht in normalem Zusammenhang mit dem Empfindungs- und Vorstellungsleben steht. Da der Kranke an seine Sinnesempfindungen ganz falsche Vorstellungen knüpft und, selbst wenn er richtige Vorstellungen anknüpft, doch falsche, d. h. in gar keiner Beziehung zu den Vorstellungen stehende Bewegungen ausführt, so kommt es zu der sog. Parapraxie. Der Kranke gebraucht die einfachsten Gegenstände falsch: er urinirt in seinen Pantoffel, versucht die Milch mit der Gabel zu essen, kaut Flüssigkeit im Munde, beisst in den eigenen Finger statt in den Bissen, welchen der Finger hält u. s. f. Auch sprachlich werden die Gegenstände falsch bezeichnet. So kommt es zu Paraphasie und Paragraphie. Schliesslich ist auch die Coordination d. h. der associative Verband innerhalb der einzelnen Bewegungen gestört. Der Gang der Kranken wird taumelnd; sie können die gerade Linie nicht mehr einhalten. Bei ihren Armbewegungen greifen sie häufig fehl. Kurzum es kann das Bild einer ausgesprochenen Ataxie (einschliesslich des sog. Romberg'schen Schwankens) oder auch eine Chorea vorge-

*) Man kann dies auch so formuliren: die Handlungen des Geistesgesunden haben Motive, Plan und Ziel.

täuscht werden. Die Silben werden nicht mehr richtig zum Wort, die Wörter nicht mehr richtig zum Satz zusammengefügt. Die Kranken verschreiben sich fortwährend. Auch die mimischen Ausdrucksbewegungen werden in Mitleidenschaft gezogen. Der Gesichtsausdruck entspricht dem Affect nicht mehr. Es kommt zu einem sinnlosen Grimassiren. Die Kranken lachen und jammern ohne Zusammenhang mit Empfindungen oder Vorstellungen von entsprechender Gefühlsbetonung, ja sogar häufig in directem Widerspruch mit den sprachlich geäusserten Empfindungen und Vorstellungen. Man hezeichnet diese Theilerscheinung der allgemeinen motorischen Incohärenz auch als Paramimie.

Besonders deutlich springt dies ganze Bild in die Augen, wenn, wie dies häufig der Fall ist, zu der Zusammenhangslosigkeit der motorischen Actionen noch eine pathologische Beschleunigung derselben hinzukommt oder umgekehrt jene zu dieser. Diesen gemischten Zustand bezeichnet man als incohärente Agitation. Sinnlose Sprünge wechseln mit rücksichtslosem Hinundherwälzen und ziellosem Hinundherlaufen. Die Kranken greifen in die Luft, schlagen um sich, verschränken die Arme in regellosem Wechsel. Man hezeichnet diese excessiven incohärenten Bewegungen auch als Jactationen (früher auch zuweilen als „Chorea magna“). Mit schreiender Stimme und in raschem Tempo werden zusammenhangslos einzelne Worte, z. T. selbstgemachte sinnlose Silbenzusammenstellungen aneinander gereiht (Verbigeration). Zu dem Grimassiren kommt Zähneknirschen hinzu. Nicht selten beobachtet man auch Fieberbewegungen und bezeichnet in solchen Fällen den ganzen Zustand (Incohärenz + Agitation + Temperatursteigerung) als „Delirium*) acutum“.

Man unterscheidet folgende Formen der motorischen Incohärenz:

1. Die primäre motorische Incohärenz. Dieselbe lässt sich ebenso wie die analoge primäre Incohärenz des Vorstellungsablaufs auf kein anderweitiges psychopathisches Symptom zurückführen. Sie findet sich am häufigsten bei der sog. incohärenten Form der Paranoia und bei dem epileptischen Irresein sowie gelegentlich bei der Dementia paralytica**) und senilis.

*) Der Ausdruck „Delirium“ (délire) ist in der Psychiatrie in sehr verschiedenen Bedeutungen angewendet worden und wird daher besser vermieden. Meist bezeichnet man als Delirium einen Zustand der Unorientirtheit und Incohärenz mit nachfolgender Amnesie.

**) Dass hier die Incohärenz zuweilen primär und nicht stets auf Schwachsinn, d. h. also auf den definitiven Verlust von Erinnerungsbildern und associativen Verknüpfungen zurückzuführen ist, geht daraus hervor, dass eine solche Incohärenz oft nur 6—12 Stunden anhält, und dann der Status quo ante in jeder Beziehung wiederkehrt.

2. Die secundäre motorische Incohärenz. Diese ist entweder die Folge von

a. Hallucinationen oder Wahnideen, welche in raschem Anstieg massenhaft auf den Kranken einstürmen. Jede Hallucination und jede Wahnidee tendirt eine bestimmte Handlung auszulösen. Häufen sich nun disparate Hallucinationen oder Wahnideen in kurzer Frist an, so müssen selbstverständlich die motorischen Actionen ihren Zusammenhang völlig verlieren. Die motorischen Associationen als solche sind hier nicht krankhaft verändert, sondern das Empfindungsmaterial und Vorstellungsmaterial, welches sie auslöst, ist pathologisch, und nur deshalb fallen die Handlungen pathologisch aus;

oder b) von hochgradiger Beschleunigung der corticalen Associationen. Wie die Ideenflucht zu secundärer Incohärenz des Vorstellungsablaufs führt, so führt hochgradige Agitation zu secundärer motorischer Incohärenz. Am häufigsten wird diese Agitation mit secundärer motorischer Incohärenz bei der Manie und im Exaltationsstadium der Dementia paralytica sowie bei der ideenflüchtigen Form der Paranoia beobachtet;

oder c) von manchen Affectstörungen. So wissen wir namentlich, dass Angst und Zorn häufig nicht nur den Vorstellungsablauf, sondern auch die Uebertragungen in das motorische Gebiet des Zusammenhangs berauben;

oder endlich d) von Schwachsinn. Auch der Schwachsinnige — der Schwachsinn sei erworben oder angeboren — handelt oft motivlos, planlos und ziellos. Die Ursache ist hier in dem angeborenen Fehlen oder in dem Verlust von Erinnerungsbildern und associativen Verknüpfungen zu suchen. Diese Form der motorischen Incohärenz findet ihre Besprechung daher an anderer Stelle.

Bezüglich der Unterscheidung der eben aufgeführten Formen der motorischen Incohärenz von einander kann in jeder Beziehung auf das verwiesen werden, was früher über die Diagnose der Incohärenz des Vorstellungsablaufs gesagt worden ist.

An die pathologischen Handlungen, welche durch allgemeine oder formale Störungen der Ideenassociationen zu Stande kommen, sind nunmehr diejenigen anzureihen, welche durch specielle oder inhaltliche Störung der Ideenassociation, also durch Wahnvorstellungen, Zwangsvorstellungen und Urtheilsschwäche zu Stande kommen. Begreiflicher Weise ist die Mannigfaltigkeit dieser pathologischen Handlungen, der Wahnhandlungen, Zwangshandlungen und Defecthandlungen, unend-

lich gross. Es können daher im Folgenden nur einige allgemeine Gesichtspunkte besprochen werden.

1. Wahnhandlungen.

Der Einfluss der Wahnvorstellungen auf die Handlungen ist früher bereits besprochen worden. Je nach dem Inhalte der Wahnvorstellung fallen die Wahnhandlungen natürlich sehr verschieden aus. Der Grössenwahn malt sich schon in dem Gesichtsausdruck des Kranken: der Mund ist meist fest geschlossen, die Augen sehen bald hoch über die Köpfe der anderen Menschen hinweg, bald sind die Augenaxen leicht sowie die Augenlider stark gesenkt. In letzterem Falle ist stets zugleich der Kopf in den Nacken zurückgebogen.*) Bald schwebt ein suffisantes, bald ein verächtliches oder geheimnissvolles Lächeln um die Lippen. Die Streckmuskeln des Rückens sind contrahirt, so dass der Körper hoch aufgerichtet erscheint. Der Schritt ist abgemessen, eher langsam. Die Schrift ist oft verschnörkelt. Häufig finden sich grosse Aufangsbuchstaben. Der Kranke drückt sich gewählt aus; oft verschmäht er den ihm früher gewohnten Dialekt und spricht hochdeutsch. Dabei streut er gern Fremdwörter ein. Mitunter spricht er direct in einer fremden Sprache. Mitunter genügen ihm auch die fremden Sprachen nicht und er schafft sich eine eigene Sprache. Ueberhaupt zeigt das ganze Gebahren des Kranken das Streben nach Apartem und nach Absonderung. Frisur und Toilette sind in dieser Beziehung besonders verrätherisch. Je nach Stand und Intelligenz bringt der Kranke in beiden sein Selbstbewusstsein zum Ausdruck. Die Kranken sind unsocial: sie wollen mit ihren plebejischen Mitkranken nichts zu thun haben. Das weitere Gebahren des Kranken hängt im Einzelnen ganz von der speciellen Richtung und dem speciellen Inhalt des Grössenwahns ab. Der Messias predigt, der General commandirt, die fürstliche Geliebte kokettirt am Fenster u. s. w. Häufig verletzt der Kranke auf Grund seiner vermeintlichen Ansprüche die Rechte der ihn umgebenden Personen. So kann es zu Diebstählen, Majestätsbeleidigungen u. dgl. kommen. Selbst schwere Gewaltthätigkeiten (Attentate u. ähnl.) sind nicht ausgeschlossen. Gewaltacte gegen die eigene Person sind seltener. Doch hat man Versuche zur Selbstkreuzigung bei Kranken, welche sich den Messiastitel beilegten, beobachtet. Erotische Grössenideen führen häufig zur Masturbation. Auch Urinsalben, Urintrinken und Koprophagie (Kothessen) kann auf

*) Ist zugleich mit der Senkung der Augenaxen und der Augenlider der Kopf auf die Brust gesenkt, so drückt das Gesicht Demuth oder Schuldbewusstsein aus. Meist ist auch bei diesen depressiven Affecten die Senkung der Augenaxen eine erheblichere.

Grössenideen und zwar namentlich auf schwachsinnigen Grössenideen beruhen: der Kranke behauptet, sein Urin habe heilkräftige Eigenschaften, sei „Champagner“, sein Koth sei „ein ideales Nahrungsmittel“ u. s. w. Bei Besprechung der Paranoia in der speciellen Pathologie werden zahlreiche Varianten dieser Wahnvorstellungen und der sich aus ihnen ergehenden Wahnhandlungen noch anzuführen sein.

Unter den verschiedenen Formen des Kleinheitswahns ist der Einfluss des Versündigungswahns auf das Handeln praktisch besonders wichtig, insofern er ungemein oft zu Selbstmordversuchen führt. In vielen Fällen ist allerdings der Selbstmordversuch hier direct auf die Angst zurückzuführen, als deren Erklärungsversuch, wie früher erörtert, der Versündigungswahn auftritt. In anderen Fällen ist jedoch der Versündigungswahn ein unentbehrliches Zwischenglied. Die Kranken geben nach einem misslungenen Selbstmordversuch direct an, sie hätten geglaubt und glaubten noch, nur durch den Tod ihre schwere Schuld büssen zu können.*) Andere Kranke begnügen sich mit Selbstverstümmelungen. Der Kranke, der sich sexuelle Vergehungen vorwirft, verstümmelt seine Genitalien u. s. f. Sehr häufig führt der Versündigungswahn auch zur Nahrungsverweigerung: der Kranke behauptet, er sei nicht werth zu essen, er sei zu schlecht. Ebenso führt auch der Verarmungswahn zur Abstinenz: der Kranke behauptet, er dürfe nicht essen, er könne das theure Essen nicht bezahlen. Auch Gewaltthaten gegen die Umgebung können aus Versündigungswahn hervorgehen. Ganz abgesehen von dem Kindermord, den Brandstiftungen, welche wir früher als Angsthandlungen anführten und welche den Versündigungsideen mehr coordinirt sind, begeht der Kranke oft schwere Strafhandlungen mit der Motivirung: da man ihm alle Mittel, sich selbst für die schwere Schuld zu strafen, entziehe und seine Schuld in Abrede stelle, müsse er ein Verbrechen begehen, welches auch der Arzt als solches anerkennen müsse, um so endlich die verdiente Strafe zu finden.

Der hypochondrische Wahn oder Krankheitswahn beeinflusst das Handeln gleichfalls im höchsten Maasse. Entsprechend der Einengung der Interessen auf die Zustände des eigenen Körpers vernachlässigt der Kranken über der Beobachtung seines Körpers alle anderen Pflichten. Es giebt Kranke, die täglich einen vollständigen körperlichen Status präsens bei sich aufnehmen. Ich kenne einen Hypochonder, der krebskrank zu sein wähnt, welcher täglich die Runzeln seiner Fingerbeeren mit der Loupe untersucht in der Erwartung, beginnende Krebsgeschwülste oder

*) Dabei ist bemerkenswerth, dass solche Kranke oft nach einem misslungenen Suicidversuch sich nun diesen als „Schuld“ vorwerfen. Die Wahnhandlung wird zum Gegenstand einer neuen Versündigungsidee.

Krebsgeschwüre zu finden. Zu dieser abnorm gesteigerten Selbstbeobachtung tritt nun eine abnorm gesteigerte Fürsorge für den eigenen Körper. Immer neue Aerzte werden consultirt, allerhand medicinische Bücher durchstudirt, allenthalben Erkundigungen eingezogen. Der eine verlässt sein Bett nicht, weil er vom Aufstehen einen Herzschlag erwartet oder seinem Körper nicht die Kraft zutraut aufzustehen. So kommt es zu der sogenannten Atremie oder Bettsucht.*) Ein anderer lebt Monate und Jahre lang im Dunkelzimmer, weil er von dem Licht des Tages Erblindung seiner vermeintlich staarkranken Augen erwartet. Ein dritter büllt sich in zahllose Decken und Tücher, lässt Monate lang kein Wasser an seinen Körper kommen und umgiebt sich mit Wärmsteinen, weil er lungenleidend zu sein glaubt und eine tödtliche Erkältung fürchtet. Ein vierter schleicht auf der Strasse ängstlich längst der Häuser hin, indem er sich an den Mauern festhält: er fürchtet jeden Augenblick einen Schlaganfall. Das ganze Handeln geht in einem engen körperlichen Egoismus auf. Dazu kommt noch der früher bereits gestreifte lähmende Einfluss der hypochondrischen Vorstellungen auf die motorischen Functionen. Der Hypochonder, welcher anfangs absichtlich d. h. auf Grund hypochondrischer Motivvorstellungen das Gehen vermeidet und immer mehr in dem Gedanken aufgeht, er könne nicht mehr gehen, vermag entweder allmählich oder plötzlich eines Tages in der That nicht mehr zu gehen, auch wenn er den Versuch macht, d. h. also wenn er seine hypochondrische Wahnvorstellung überwindet. Es ist zu einer „hypochondrischen Lähmung“ gekommen. Diese Lähmungen sind meist dadurch ausgezeichnet, dass sie nicht eine bestimmte Extremität und auch nicht eine bestimmte Muskelgruppe betreffen, sondern eine bestimmte complicirtere Bewegung. So ist in dem eben angeführten Falle einer hypochondrischen Gehlähmung (Abasie) die Bewegungsfähigkeit der Beine im Liegen völlig erhalten, nur die eine complicirte Bewegung des Gehens ist dem Kranken in Folge seiner hypochondrischen Wahnvorstellung abhanden gekommen. Dies geht zuweilen so weit, dass solche Kranke mit Abasie noch sehr gut laufen, auch Treppen hinauf- und heruntergehen und sogar rückwärts gehen können, nur das gewöhnliche Vorwärtsgehen auf ebener Erde versagt ihnen; sie bleiben, wenn sie den Versuch machen, hilflos auf einem Fleck stehen und rudern vergebens mit den Armen und bewegen den Rumpf hin und her: die Füsse bleiben wie festgebannt am Boden kleben. Andere Kranke haben eine hypochon-

*) Gelegentlich kommt Atremie auch dadurch zu Stande, dass thatsächlich schwere Störungen der Herzinnervation eintreten, sobald der Kranke die Rückenlage aufgiebt und sich aufrichtet.

drische Stehlähmung (Astasie). Auch hypochondrische Sprechlähmungen kommen vor. Dieselben beschränken sich zuweilen auf einzelne Consonanten. So kannte ich einen Patienten, der kein r auszusprechen vermochte, und eine Patientin, welche eine hypochondrische Lähmung für z hatte. Letztere sprach z. B. wei witschernde Schwalben, so oft ihr vorgesagt wurde „zwei zwitschernde Schwalben". Gerade diese Kranken sind oft in ganz ungerechtfertigter Weise als Simulanten verdächtigt worden. Sehr häufig knüpfen auch gerade diese hypochondrischen Lähmungen im Sinn der früher erwähnten sogenannten Intentionspsychosen an ein einzelnes Vorkommniss an: Ein Patient ist auf einem glatt gepflasterten Weg gestrauchelt, daran knüpft er die hypochondrische Wahnvorstellung, seine Beine versagten den Dienst, und künftig versagen ihm seine Beine thatsächlich, sobald er einen ähnlichen, d. h. gepflasterten Weg betritt, den Dienst. Hier ist also die hypochondrische Gehlähmung sogar an eine bestimmte Situation geknüpft: sie tritt nur auf gepflasterten Wegen ein. Bei anderen Kranken tritt sie nur auf freien Plätzen auf (hypochondrische Form der Agoraphobie) u. s. f. Von den hysterischen Lähmungen sind diese hypochondrischen Lähmungen scharf zu trennen. Letztere entwickeln sich auf Grund bewusster Vorstellungen, erstere entstehen ohne solche.*) Die hysterische Lähmung ist eine Complication der Psychose, welche mit dem psychopathischen Process selbst nichts zu thun hat: plötzlich ist z. B. eine hysterische Hemiplegie da, ohne dass die Kranke je an der Bewegungsfähigkeit ihres Armes oder Beines hypochondrische Zweifel gehegt hätte. Die hypochondrische Lähmung ist hingegen stets eine Folge hypochondrischer Urtheilsassociationen. — Ausser hypochondrischen Lähmungen beobachtet man ab und zu auch hypochondrische Ataxie und namentlich hypochondrische Krampfbewegungen. Die letzteren sind stets in höchstem Maass coordinirt und in ihrer Erscheinungsform äusserst mannigfaltig. Am häufigsten beobachtet man eigenartige Schüttelbewegungen der Arme und der Beine. Oft ist ihre specielle Form durch irgendwelche Parästhesien oder anderweitige pathologische Empfindungen bestimmt. Der psychologische Entstehungsmodus lässt sich durch folgendes Schema ausdrücken: die pathologische Empfindung löst die hypochondrische Wahnvorstellung aus: ich verfalle in Krämpfe, und diese hypochondrische Wahnvorstellung löst nun die Krämpfe aus.

*) Oder, wie eine neuerdings vielfach beliebte Hypothese es ausdrückt, auf Grund „unbewusster Vorstellungen". Ausdrücklich ist übrigens hervorzuheben, dass gelegentlich auch bei der Hysterie hypochondrische Lähmungen vorkommen. Für die Identität der hysterischen und der hypochondrischen Lähmungen beweist dies natürlich ebensowenig wie das Vorkommen epileptischer Krampfanfälle bei Hysterie die Identität dieser mit hysterischen Krampfanfällen beweist.

Unterstützt wird die Entstehung der Wahnvorstellung sowohl wie der entsprechenden Krampfbewegungen dadurch, dass die Parästhesien häufig zunächst gewisse Abwehrbewegungen auslösen, welche der Kranke nun als die Anfangssymptome des beginnenden Krampfanfalls auffasst und entsprechend dieser hypochondrischen Vorstellung nun zu einem wirklichen Krampfanfall ausgestaltet. Die hypochondrische Wahnidee wirkt hier gewissermaassen als Multiplicator. Den typischen Verlauf eines hysterischen Krampfanfalls, also namentlich eine typische Folge einzelner Stadien (klonischer Krampf — tonischer Krampf — grands mouvements) zeigen diese sog. hypochondrischen Anfälle niemals. Sehr häufig treten Angstbewegungen zu den Krampfbewegungen hinzu oder entwickeln sich letztere durch Ausgestaltung ersterer. So entstehen Bilder, welche zwischen den früher beschriebenen Affectkrisen und den hypochondrischen Krampfbewegungen alle nur denkbaren Uebergänge darstellen.

Ueberhaupt bedarf es nunmehr noch der Hervorhebung, dass die Handlungen des Hypochonders häufig nicht einfach durch den Inhalt der hypochondrischen Wahnvorstellung, sondern sehr oft auch durch die der Wahnvorstellung zu Grunde liegende oder sie begleitende Depression und Angst bestimmt werden. Der Kranke jammert mitunter Tag und Nacht. Trotz seiner hypochondrischen Besorgnisse treibt ihn die Angst zu Suicidversuchen; mitunter ist es auch geradezu der Gedanke, unheilbar zu sein, welcher die Kranken zum Selbstmord veranlasst. Gelegentlich kommen — namentlich wenn zugleich ein gewisser Intelligenzdefect besteht — Selbstverstümmlungen vor. Um z. B. eine wahnhafte Verengerung des Afters, welche der Kranke vielleicht in Anlehnung an eine längere Obstipation annimmt, zu beseitigen, treibt er einen Stock tief in den Mastdarm ein oder schlitzt den After mit einem Messer auf. Auch zur Nahrungsverweigerung kommt es öfter, indem der Kranke wähnt, seine Speiseröhre sei verstopft oder seit Monaten sei kein oder wenigstens kein ausreichender Stuhlgang erfolgt.

Der V e r f o l g u n g s w a h n beeinflusst die Handlungen der Kranken zunächst im Sinn der Abwehr. Die Kranken verriegeln und verbarrikadiren sich in ihrem Zimmer. Sie meiden jede Gesellschaft. Speisen geniessen sie nur, wenn andere bereits von denselben gekostet haben; häufig bereiten sie sich auch alle ihre Nahrungsmittel selbst, um den vermeintlichen Vergiftungsversuchen sicher zu entgehen. Die Dienstboten werden fortwährend gewechselt. Gelegentlich erstattet der Kranke der Polizei oder dem Staatsanwalt oder dem Fürsten Anzeige über die Verfolgungen, welchen er vermeintlich ausgesetzt ist. Viele wechseln den Wohnsitz immer wieder, um ihren Verfolgern zu entgehen. Sind zugleich heftige Angstaffecte vorhanden, so kommt es zu lautem Jammern und zu ungestümen Fluchtversuchen. In der Angst

vor ihren Verfolgern springen solche Kranke oft rücksichtslos aus dem Fenster, zuweilen sogar durch die Glasscheiben hindurch; nachher geben sie selbst an, sie hätten lieber sterben als ihren Verfolgern oder dem Scharfrichter in die Hände fallen wollen. Bisher war der Kranke nur der Verfolgte. Häufig wird er später zum Verfolger. Er geht von der Vertheidigung zum Angriff über, theils weil er für die früheren und noch fortdauernden Verfolgungen Rache nehmen will, theils weil er in dem Angriff die beste Vertheidigung sieht. So wird der Kranke gemeingefährlich. Mitunter weiss er jahrelang sich zu beherrschen, bis dann plötzlich bei einer zufälligen Constellation der Umstände und der Vorstellungen die Selbstbeherrschung versagt und die Verfolgungsidee die That auslöst. Bei günstiger Constellation genügt dann oft ein kleiner Anlass. Der Kranke legt eine harmlose Geste, ein beliebiges Wort, eine Verziehung der Miene bei einer Person der Umgebung als ein Signal der Verschwörer oder eine directe Drohung gegen sein Leben aus, und aus Nothwehr kommt er durch einen Mordversuch der vermeintlichen Gefahr zuvor. In anderen Fällen handelt es sich einfach um einen Racheact. Der Kranke wähnt sich von seiner Frau hintergangen: auf Grund dieses Wahns ehelicher Untreue kommt es zu brutalen Misshandlungen und selbst zu Mord oder Todtschlag. Oder der Kranke glaubt sich in einem vermeintlichen Recht gekränkt oder in einer vermeintlichen politischen oder religiösen Mission behindert: so kommt es zu schweren Gewaltthaten gegen die Personen, welche vermeintlich dem Kranken im Wege stehen. Zahlreiche politische Attentate sind hierauf zurückzuführen. Grössenidee und Verfolgungsidee wirken hier bei der Erzeugung der Handlung zusammen. Im Gebiet der speciellen Pathologie wird das Studium der Paranoia uns einen genaueren Einblick in die Casuistik der Handlungen des Verfolgungswahns sowie auch des Grössenwahns gestatten.

Grosse praktische Bedeutung haben auch diejenigen Handlungen, welche auf Grund ganz plötzlich aufschiessender und ebenso rasch wieder sich verflüchtigender Wahnvorstellungen, der früher erwähnten Einfälle, erfolgen. Man bezeichnet dieselben als „Einfallshandlungen“ oder wegen ihrer Plötzlichkeit auch als impulsive Handlungen. So kann ganz plötzlich in dem Kranken die Wahnvorstellung aufschiessen, der Kaffee, den er gerade trinkt, sei vergiftet und eine impulsive Gewaltthat gegen die Person, welche den Kaffee zubereitet oder eingegossen hat, auslösen. Nach wenigen Minuten ist die Wahnvorstellung verschwunden und häufig sogar vergessen; ebenso besteht für die impulsive Handlung selbst meist Amnesie. Mitunter ist der Einfall, welcher die impulsive Handlung bedingt, noch rudimentärer. Dem Kranken „fällt“ plötzlich und vorübergehend ein, er sei wieder Soldat

und alsbald nimmt er militärische Stellung ein und macht militärische Bewegungen. Zuweilen treten solche Einfälle mit den entsprechenden Einfallshandlungen in grosser Zahl unmittelbar hintereinander und ohne erkennbaren Zusammenhang untereinander auf.

2. Zwangshandlungen.

Die Zwangshandlungen gehen aus Zwangsvorstellungen hervor. Es ist daher für sie sehr charakteristisch, dass der Kranke der Krankhaftigkeit seiner Handlungsweise sich wohl bewusst ist. Er handelt wider sein besseres, d. h. sein gesundes „Wissen und Wollen". Es ist bereits früher hervorgehoben worden, dass fast allen Zwangsvorstellungen eine sehr lebhafte motorische Tendenz innewohnt. Nicht stets siegt diese motorische Tendenz. Es giebt manche Zwangsvorstellungen, welche sich zwar trotz allen Widerstrebens immer wieder aufdrängen, aber doch nicht das Handeln des Kranken in entscheidender Weise beeinflussen. So kann z. B. die Zwangsvorstellung auftreten: „Du musst zum Fenster hinausspringen" oder „du musst in einer grossen Gesellschaft plötzlich diesem oder jenem dieses oder jenes Schimpfwort laut zurufen" oder „das Fleisch, das du zerschneidest, ist dein Bruder; indem du schneidest, tödtest du ihn". Der Kranke steht, wie man zu sagen pflegt, über diesen Vorstellungsverknüpfungen, d. h. seine berichtigenden Urtheilsassociationen überwiegen: er sieht die Unrichtigkeit seiner Vorstellungen ein. Dies schützt ihn zwar nicht gegen ein fortwährendes Wiederkehren der Zwangsvorstellung, aber doch in manchen Fällen gegen ein Handeln im Sinne der Zwangsvorstellung. Es gelingt ihm den Drang, im Sinn der Zwangsvorstellung zu handeln, doch unter hartem Kampfe zu unterdrücken: er springt nicht zum Fenster hinaus, er ruft das Schimpfwort oder die Zote nicht aus, er schneidet und verspeist sein Fleisch trotz der Zwangsvorstellung. In der Mehrzahl der Fälle siegt jedoch auch im Spiel der Motive die Zwangsvorstellung, d. h. sie bestimmt oder modificirt wenigstens die Handlungsweise des Kranken. Ueber die Einzelheiten dieser motorischen Effecte der Zwangsvorstellungen ist bei Gelegenheit der Besprechung der letzteren schon ausreichend gesprochen worden. Die Kranke, welche die Zwangsvorstellung nicht los wird, dass sie ein brennendes Streichholz habe liegen lassen, sucht Nächte lang unter allen Betten und Schränken und zwingt oft genug auch ihre Familie, immer wieder an denselben Stellen nachzusehen, ob nicht irgendwo noch ein Streichhölzchen glimme. Auch wurde erwähnt, dass es geradezu zu psychischen Lähmungen kommen kann, und endlich, dass auch die glatte Musculatur des Körpers dem Einfluss der Zwangsvorstellungen öfter unterliegt.

Scheinbar ganz unabhängig von dem Vorstellungsleben stehen die-

jenigen Zwangshandlungen da, bei welchen dem Kranken sich nur die Vorstellung einer bestimmten Bewegung aufdrängt und vermöge ihrer grossen Intensität die Bewegung auch thatsächlich auslöst. So kann dem Kranken sich plötzlich die Vorstellung des Grimassirens aufdrängen und zwar so lebhaft, dass sich sein Gesicht thatsächlich zur Grimasse verzieht, so sehr der Kranke seine Gesichtszüge zu beherrschen sucht. Die Zwangsvorstellung ist in diesen Fällen auf das Auftauchen eines einzigen Erinnerungsbildes (nämlich des optischen oder motorischen einer Grimasse) und dementsprechend die Zwangshandlung auf eine einzige Bewegung beschränkt. Sehr oft ist dies einzelne, dem Kranken sich aufzwängende Erinnerungsbild das motorische und akustische Erinnerungsbild eines schimpfenden oder obscönen Wortes: zuweilen vermag der Kranke das Aussprechen des Wortes zu unterdrücken, häufiger unterliegt er, und plötzlich, fast mit explosiver Heftigkeit fährt ihm das Wort zum Munde heraus (Koprolalie). Dabei fehlt die Beziehung auf eine bestimmte Person, welche in dem oben angeführten Beispiel einer Zwangsvorstellung mit Zwangshandlung vorlag, oft vollständig. Es handelt sich nur um das jähe Auftauchen der einzelnen Wortvorstellung ohne jede Urtheilsassociation. Meist kommt das Sträuben des Kranken zu spät. Zwangsvorstellung und Zwangsbewegung fallen zeitlich zusammen. Dabei ist volles Krankheitsbewusstsein vorhanden. Hierher gehören auch die meisten Fälle der sog. Maladie des tics Guinon's: dieselben gehören z. Th. sehr verschiedenen Psychosen an, haben aber das zwangsweise Auftauchen gewisser Bewegungen, namentlich zwangsweises Grimassiren und zwangsweises Aussprechen schimpfender und obscöner Worte gemein.

Sehr häufig knüpfen auch diese isolirten Zwangsbewegungen an Empfindungen an. Der Kranke sieht eine Bewegung, und diese optische Bewegungsempfindung löst alsbald eine ähnliche Bewegung aus. Es kommt zu einem zwangsweisen Nachahmen oder, wie man meist sagt, zu Echokinese. Eine leichte Neigung zu Echokinese oder, anders ausgedrückt, ein leichter Nachahmungstrieb auf motorischem Gebiete, kommt auch den Geistesgesunden zu. Für die geistige Entwicklung des Kindes ist derselbe sogar von grösster Bedeutung. Bei Thieren und bei uncivilisirten, d. h. vorstellungsarmen Völkerschaften, bleibt auch in höherem Alter dieser Nachahmungstrieb oft sehr ausgesprochen. Bei dem Geistesgesunden in civilisirten Ländern wird dieser Nachahmungstrieb durch die Erziehung allmählich unterdrückt: zahlreiche complexe Vorstellungen interveniren und unterdrücken die directe Nachahmung einer gesehenen Bewegung; so kommt es, dass der geistesgesunde Erwachsene die Bewegungen, welche er bei anderen sieht, nur absichtlich, d. h. auf Grund besonderer Motivvorstellungen — z. B. um eine

Bewegung zu erlernen — nachahmt. Anders bei vielen Geisteskranken. Hier erhält sich, namentlich bei Angeboren-Schwachsinnigen, eine solche Echokinese dauernd, und andererseits tritt Echokinese nicht selten als Krankheitssymptom einer erworbenen Psychose, auch unabhängig von jedem Intelligenzdefect, plötzlich jenseits des Kindesalters auf. Im letzteren Falle ist sie den soeben ausführlicher erörterten Zwangsbewegungen zuzurechnen. Eine besondere Form der Echokinese ist die Echolalie: der Kranke hört ein Wort aussprechen, und diese Gehörsempfindung löst ein Nachsprechen des gehörten Wortes aus. Wie die Echokinese ist auch die Echolalie häufig ein Symptom des Schwachsinns, des erworbenen sowohl wie des angeborenen. In anderen Fällen aber zeigt sie alle Merkmale einer echten Zwangsbewegung; ihre Eigenthümlichkeit besteht darin, dass sie stets an die Gehörsempfindung eines Wortes das Aussprechen desselben Wortes anknüpft.

3. Defecthandlungen.

Die Defecthandlungen, welche in Folge krankhafter Urtheilsschwäche entstehen, decken sich im Wesentlichen mit den früher beschriebenen Handlungen, welche durch Defecte der Erinnerungsbilder bedingt sind. Sie sind charakteristisch für den angeborenen und erworbenen Schwachsinn. Der Schwachsinnige begeht nicht nur deshalb abnorme Handlungen, weil gewisse complexere Vorstellungen ihm fehlen und daher im Spiel der Motive nicht eingreifen, sondern auch deshalb, weil zwischen den vorhandenen Vorstellungen nur ganz spärliche und nur die einfachsten Urtheilsassociationen zu Stande kommen. Der Schwachsinnige vermag oft allen Einzelheiten einer Situation, welche ihn zum Handeln drängt, sehr gut Rechnung zu tragen, er vermag auch an jede einzelne Empfindung in annähernd richtiger Weise eine Reihe von Vorstellungen anzuknüpfen, hingegen sind die Verknüpfungen, welche er zwischen den verschiedenen Vorstellungsreihen herstellt, meist mangelhaft und unrichtig. Berechnung und Ueberlegung in diesem Sinne fehlen. In der speciellen Pathologie wird bei Besprechung der verschiedenen Formen des Schwachsinns hierauf ausführlich zurückzukommen sein.

f. Somatische Begleitsymptome der Psychosen.

Bisher wurde nur solcher Symptome gedacht, welche psychischer Natur sind (Empfindungsstörungen, Vorstellungsstörungen, Associationsstörungen, Affectstörungen) oder den directen Ausdruck psychischer Processe darstellen (Störungen des Handelns einschliesslich der Ausdrucksbewegungen). Hiermit sind jedoch die Symptome der Psychosen nicht erschöpft. Es kommen vielmehr noch folgende Symptome hinzu:

α. Störungen der Motilität, welche von psychischen Processen nicht abhängig sind, mithin den Störungen des Handelns nicht zuzurechnen sind.

β. Störungen der automatischen Acte.

γ. Störungen der Reflexe und Sehnenphänomene.

δ. Störungen der Sensibilität, welche von psychischen Processen unabhängig sind.

ε. Störungen der secretorischen, trophischen, vasomotorischen und splanchnischen Innervationen.

Alle diese körperlichen Begleitsymptome beruhen theils auf gleichzeitiger coordinirter Erkrankung solcher Gebiete des Centralnervensystems, welche mit psychischen Processen nichts zu thun haben, theils auf dem störenden Einfluss, welchen die erkrankte Hirnrinde, die Trägerin der psychischen Processe, auf die übrigen Theile des Centralnervensystems und auf die übrigen Organsysteme (durch Vermittlung des Sympathicussystems) hat. Erstere kann man auch als Complicationen der Psychosen, letztere als Fernwirkungen*) bezeichnen. Zu den complicirenden Begleitsymptomen gehören z. B. die mannigfachen Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen, welche wir bei Dementia paralytica in Folge gleichzeitiger Erkrankung des Rückenmarks vorfinden. Es ergiebt sich, dass derselbe Krankheitsprocess, welcher in der Hirnrinde die Psychose erzeugt, im Rückenmark und in den peripheren Nerven „complicirende“ Symptome hervorruft. So kann das typische Krankheitsbild der Tabes neben dem eigentlichen Krankheitsbild der Dementia paralytica bestehen. Zu den complicirenden Symptomen sind auch die Lähmungen und Coordinationsstörungen zu rechnen, welche bei Erkrankung der motorischen Rindenregion auftreten. Dieselben sind von irgendwelchen Störungen im Bereiche der psychischen Parallelprocesse unabhängig und nicht, wie die Störungen der Handlungen, auf pathologische Veränderungen der Empfindungen oder Vorstellungen zurückzuführen, sondern lediglich auf pathologische Veränderungen der Ursprungszellen der grossen Pyramidenbahn und der diese Zellen verknüpfenden Associationsfasern. Gerade solche corticomotorische Lähmungen und Coordinationsstörungen kommen — neben den eben erwähnten spinalen — bei der vielfach genannten Dementia paralytica sehr häufig vor. Auch der Symptomencomplex der Hysterie, der Epilepsie u. s. w., sowie endlich der Symptomencomplex jeder Herderkrankung des Gehirns kann die Psychose compliciren: häufig lässt sich dann zeigen, dass die Psychose auf dem Boden der Hysterie, Epilepsie, des Hirntumors u. s. w.

*) Die Handlungen selbst sind als directe Wirkungen der Psychose aufzufassen.

sich entwickelt hat. Die letzteren Krankheiten erscheinen von diesem Standpunkte geradezu als die Grundkrankheit und die Psychose als die Complication. Näheres hierüber wird in der allgemeinen Aetiologie angegeben werden.

Anders sind die Fernwirkungen aufzufassen. Wir wissen, dass die Processe in der Hirnrinde den Stoffwechsel, den Schlaf, die Drüsensecretionen, die Peristaltik der Eingeweide, die Contraction des Herzens und der Blutgefässe, die Entwickelung und das Wachsthum der Organe u. dgl. m. beeinflussen. Wenn in Folge der Psychose die corticalen Processe verändert sind, so erleiden auch diese Einflüsse manche krankhafte Veränderungen, deren Kenntniss namentlich für die Diagnose und Therapie der Psychosen von erheblichster Bedeutung ist.

Zur Erleichterung der Uebersicht werden aus praktischen Gründen im Folgenden die somatischen Begleitsymptome der Psychosen in der oben angegebenen Reihenfolge α bis ε besprochen werden, gleichgültig ob sie Complicationen oder ob sie Fernwirkungen in dem eben besprochenen Sinne darstellen.

α. Störungen der Motilität.

1. Lähmungen.

Die Lähmungen, welche wir bei Psychosen beobachten, sind namentlich folgende:*)

I. Hysterische. Ihre Pathogenese ist noch nicht sicher festgestellt.

II. Corticale. Dieselben beruhen auf einer organischen Erkrankung der motorischen Abschnitte der Hirnrinde. Seltener handelt es sich um eine circumscripte makroskopische Herderkrankung, häufiger um diffuse mikroskopische Rindenveränderungen (Dementia paralytica, Dementia senilis).

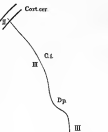
III. Fasciculäre. Die Pyramidenbahn ist auf der grossen Strecke von der Hirnrinde bis zu den motorischen Hirnnervenkernen resp. den diesen äquivalenten Vorderhornganglienzellengruppen des Rückenmarks an irgend einer Stelle unterbrochen; meist handelt es sich um eine hämorrhagische Zerreissung oder eine thrombotische oder embolische Erweichung.

IV. Nucleäre. Der Ursprungsort der Lähmung ist hier in den motorischen Hirnnervenkernen resp. in den diesen äquivalenten Ganglienzellengruppen der Vorderhörner des Rückenmarkes zu suchen.

*) Von den hypochondrischen Lähmungen wird bei dieser Zusammenstellung abgesehen, da sie durch Vorstellungen oder Empfindungen bedingt sind.

V. Periphere. Meist handelt es sich um die sog. multiple Neuritis, wie sie bei Alkoholisten, Syphilitikern etc. beobachtet wird.

Auf der beistehenden Figur ist der schematische Verlauf jeder motorischen Bahn dargestellt; aus den beigesetzten Zahlen ist ersichtlich, wo die soeben aufgezählten Lähmungen ihren Sitz haben.



5.

Cort. cer. Hirnrinde, C. i. Capsula interna, D. p. Decussatio pyramidum, Vh. Vorderhorn, v. W. vordere Wurzel.

Welche von diesen 5 Lähmungen im einzelnen Falle vorliegt, hat selbstverständlich die neuropathologische Untersuchung festzustellen. Die wichtigsten Anhaltspunkte — namentlich auch zur Unterscheidung von der früher besprochenen hypochondrischen Lähmung — sind in dem nachfolgenden Schema (S. 170) kurz zusammengestellt.

Hiermit sind selbstverständlich nur die ersten Anhaltspunkte gegeben. Der Psychiater muss die ganze neuropathologische Diagnostik beherrschen, um die Lähmungen seiner Geisteskranken richtig zu beurtheilen. Im Einzelnen ist speciell noch Folgendes zu bemerken. Die corticalen Lähmungen sind bei den sogenannten functionellen Psychosen höchst selten, nur ganz ausnahmsweise findet man gelegentlich bei functionellen Psychosen mit schweren Erschöpfungserscheinungen auf der Höhe der Krankheit eine leichte Parese, z. B. eines Mundfacialis. Sonst deutet das Vorhandensein einer corticalen Lähmung stets auf eine organische Psychose (Dementia paralytica, Dementia senilis u. s. w.). Die motorische Schwäche und krankhafte Ermüdbarkeit der motorischen Actionen, welche wir dynamometrisch bei functionellen Psychosen mitunter nachweisen können, unterscheidet sich schon dadurch, dass sie gleichmässig die Muskulatur beider Körperhälften betrifft. Nicht zu verwechseln mit den corticalen Lähmungen sind auch die angeborenen asymmetrischen Innervationen, welche bei Geisteskranken noch erheblich häufiger vorkommen, als bei Geistesgesunden. Namentlich im Gebiete der Mundfacialismuskulatur ist eine solche Verwechslung sehr folgenschwer. Einseitiges Ueberwiegen der activen, mimischen, sprachlichen oder Ruhe-Innervationen des Mundfacialis ist congenital so häufig bei Geistesgesunden und erst

	Localisation	Ernährungs-störungen	Reizerscheinungen	Elektrisches Verhalten	Sensibilität	Sehnen-phänomene
1. Hypochondrische Lähmung	Meist beschränkt sich die Lähmung auf eine bestimmte Bewegungsform	Keine Atrophie	Selten	Normal	Normal	Normal
2. Hysterische Lähmung	Bald mono-, bald hemi-, bald paraplegisch	Entweder rapide einfache Atrophie oder sehr spät Inactivitätsatrophie	In den gelähmten Gliedern häufig Contractur	Normal	Gemischte Hemianästhesie	Normal
3. Corticale Lähmung	Bald mono-, bald hemiplegisch. Wechselnd	In der Regel nur eine sehr spät eintretende Inactivitätsatrophie	Oft klonische Krämpfe in den gelähmten Gliedern	In der Regel normal	Höchstens Parästhesien	Normal oder gesteigert
4. Fasciculäre Lähmung	Meist hemiplegisch, zuweilen — bei Sitz unterhalb der Hirnschenkel — paraplegisch	In der Regel nur eine sehr spät eintretende Inactivitätsatrophie	Nach 3—4 Wochen oft zunehmende Contractur	In der Regel normal	Höchstens bei schweren Fällen auch eine vorübergehende Hemianästhesie	Gesteigert
5. Nucleäre Lähmung	Oft progressiv*)	Degenerative Atrophie	Keine	Leichte Entartungsreaction	Intact	Meist herabgesetzt
6. Peripbere Lähmung	Bald sehr zerstrent, bald auf einen peripheren Nerv beschränkt	Degenerative Atrophie	Keine	Schwere Entartungsreaction	Stets Hyperästhesien	Erloschen

recht bei Geisteskranken und ist so schwer von erworbenen Lähmungen des Mundfacialis zu trennen, dass man im Allgemeinen eine Minderinnervation eines Mundfacialis nur dann diagnostisch verwerthen soll, wenn der erworbene Charakter feststeht, wenn also sicher beobachtet ist, dass die bez. Parese vor Ausbruch der Psychose nicht bestand.

2. Motorische Reizerscheinungen.

Schon mehrfach wurde erwähnt, dass Epilepsie, Hysterie, Chorea mit Psychose zusammen auftreten können. So beobachtet man denn auch epileptische und hysterische Anfälle, sowie choreatische Bewegun-

*) Die acuten Formen (essentielle Kinderlähmung etc.) sind häufig monoplegisch.

gen*) in solchen Fällen. Gelegentlich findet man auch vereinzelte, durch jahrelange Zwischenräume getrennte epileptische Anfälle bei solchen Geisteskranken, bei welchen von genuiner Epilepsie — eben wegen der ungemeinen Seltenheit der Anfälle — nicht wohl die Rede sein kann. Namentlich bei sog. originären Psychosen, d. h. in Fällen, wo neuropathische oder psychopathische Symptome sich bis auf die frühe Kindheit zurückverfolgen lassen, ist dies Vorkommniss nicht selten. Symptomatische epileptische Anfälle, welche denjenigen der genuinen Epilepsie durchaus gleichen, kommen gelegentlich bei allen organischen Hirnerkrankungen und daher denn auch bei den auf organischer Basis beruhenden Psychosen (Dementia paralytica u. s. w.) vor.

Von den typisch-epileptischen Anfällen, für welche ausser der Aufhebung des Bewusstseins der Ablauf in zwei Stadien, einem tonischen und einem klonischen, und die allgemeine annähernd symmetrische und gleichzeitige Betheiligung der ganzen Körpermuskulatur charakteristisch ist, sind die sog. epileptiformen Anfälle oder Rindenconvulsionen durchaus zu trennen. Bei diesen ist der Krampf vorwiegend klonisch; auch treten die verschiedenen Muskelgruppen in einer bestimmten zeitlichen Reiheufolge in den Krampf ein, welche der räumlichen Reihenfolge der motorischen Centren in der Hirnrinde entspricht. Am häufigsten sind diese Rindenconvulsionen bei der Dementia paralytica. Dieselben werden daher auch in der speciellen Pathologie bei Besprechung dieses Leidens ausführlicher zu beschreiben sein. Gelegentlich beobachtet man sie bei allen corticalen und subcorticalen Herderkrankungen.

Unter den isolirten Krampferscheinungen beobachtet man bei Geisteskranken besonders häufig Zähneknirschen (Mastication). Dasselbe kommt namentlich bei organischen Psychosen (Dementia paralytica, Idiotie u. s. w.) vor, nicht selten aber auch bei den schweren Erregungszuständen, wie sie im Verlaufe der Mania gravis, der ideenflüchtigen und der incohärenten Paranoia beobachtet werden. Insbesondere neigen

*) Von den früher beschriebenen Jactationen der motorischen Incohärenz unterscheiden sich die choreatischen Bewegungen dadurch, dass sie ohne Störung der Ideenassociation resp. ganz unabhängig von einer solchen auftreten. Bei der choreatischen Bewegungsstörung handelt es sich um eine von Vorstellungen und Vorstellungsstörungen ganz unabhängige oder, wie man auch sagt, „unwillkürliche“ Störung der beabsichtigten normalen Bewegung oder auch der Ruhe durch Zwischenbewegungen. Bei der motorischen Incohärenz ist die Ideenassociation incohärent und dementsprechend auch der Ablauf der Bewegungen seines Zusammenhanges beraubt: die normalen Bewegungen sind durch pathologische ersetzt; das äussere Bild kann fast ganz dasselbe sein. Die Auskunft der Kranken und die Beobachtung der Entstehung der Bewegungsstörung führt oft allein zu einer sicheren Diagnose. Ist die Chorea mit Psychose complicirt, so kann die Unterscheidung oft sehr schwer oder unmöglich werden.

jngendliche Individnen in den letzterwähnten Krankheiten zn Zähneknirschen.

Die länger anhaltenden tonischen Krampferscheinungen hezeichnet man als *Contractnren*. *Passive Contractnren*, d. h. Contracturen, welche nicht auf einer pathologisch gesteigerten Innervation, sondern auf Schrumpfung der Muskeln heruhen, sind hei Geisteskranken, welche auf Grund hestimmter Vorstellungen oder Empfindungen jahrelang dieselhe Stellung einnehmen, ah und zu heohachtet worden. Dieselben sind theils als Inactivitäts-, theils als Gewohnheitscontracturen aufzufassen. Unter den *activen Contractnren* kommen für die psychiatrische Diagnostik namentlich die hysterischen Contracturen sowie die in Folge organischer Erkrankung der Pyramidenhahn — an irgend einer Stelle ihres ganzen Verlaufs von der Hirnrinde his zu den Vorderhörnern des Rückenmarks excl. — auftretenden Contracturen in Betracht. Diese hysterischen und organischen Contracturen köunen znweilen den früher erwähnten katatonischen Stellungen in hohem Maasse ähneln. Differentialdiagnostisch kommt namentlich für die hysterischen Contracturen der Nachweis der hysterischen Sensibilitätsstörung, für die organischen die Steigerung der Sehnenphänomene in den hetreffenden Gliedern in Betracht.

Unter den klonischen Krämpfen ist namentlich des sog. Tic convulsif zu gedenken, welcher als complicirendes Symptom des sogenannten neurasthenischen Irreseins und als Zeichen einer neuro- resp. psychopathischen Constitution öfter zur Beohachtung gelangt.

3. Störungen im Ablauf der willkürlichen Bewegungen.

Es handelt sich hier namentlich um die Coordinationsstörungen und die als Intentionstremor hezeichneten rhythmischen Unterhrechungen des Ahlaufs der Bewegung.*) Erstere hezeichnet man auch ganz allgemein als Ataxie und unterscheidet spinale, cerehellare und corticale Ataxien. Alle diese Ataxien köunen als complicirende Symptome hei Psychosen vorkommen. So kann z. B. hei einer Dementia paralytica eine typische spinale Ataxie in Folge der Complication mit Hinterstrangserkrankung des Rückenmarks auftreten. Am wichtigsten sind die corticalen Ataxien. Bei denjenigen Psychosen, welche auf *organischer* Rindenerkrankung heruhen, — also wiederum namentlich hei der Dementia paralytica — geht in Folge der Zerstörung der motorischen Rindenelemente und der sie verknüpfenden Associationsfasern die Coordination der willkürlichen Bewegungen und zwar gerade zuerst die für die *complicirteren* Be-

*) Der choreatischen Bewegungsstörung wurde schon oben gedacht.

wegungen erforderliche feinere Coordination verloren. Am frühesten macht sich dies in der Regel auf dem Gebiete der Sprachartikulation geltend. Es kommt bei diesen Kranken zu Consonanten- und Silbenversetzungen und -verwechslungen. Je mehr Rindenfasern und Rindenelemente zu Grunde gehen, um so defecter wird die Sprache. Schliesslich leidet auch die Articulation des einzelnen Buchstabens, d. h. die Coordination von Lippen-, Gaumen-, Zungen- und Kehlkopfbewegungen, welche zu seiner Hervorbringung erforderlich ist, ist gestört. Sind alle Rinden- und Associationsfasern, welche bei dem Aussprechen eines Wortes mitwirken, zu Grunde gegangen, so wird aus der sprachlichen Coordinationsstörung eine aphasische Störung: der Kranke hat wohl noch den Begriff des bezüglichen Gegenstandes, aber er kann das Wort für denselben nicht mehr aussprechen. So kann aus der ataktischen Sprachstörung allmählich eine motorische Aphasie sich entwickeln. Bei anderen Kranken sind es namentlich die Coordinationen für das Schreiben oder Gehen oder Stehen oder Greifen, welche in Folge einer Mitbetheiligung der motorischen Zonen an dem organischen Krankheitsprocess gestört sind.

Die Gefahr, diese organisch bedingten Sprachstörungen u. s. w. mit hysterischen oder mit den früher erwähnten hypochondrischen Sprachstörungen zu verwechseln, ist zuweilen recht gross. Der hysterische Charakter einer Sprachstörung wird sich namentlich durch genaue Prüfung auf hysterische Sensibilitätsstörung feststellen lassen. Die hypochondrischen Sprachstörungen verrathen sich durch ihre Abhängigkeit von einer bestimmten Vorstellung. Wenn eine Kranke regelmässig und ausschliesslich einen bestimmten Buchstaben, z. B. z, in allen Wörtern weglässt, so ist dies kaum anders zu erklären als dadurch, dass die Kranke die Vorstellung hat, z nicht aussprechen zu können; denn es lässt sich gar nicht absehen, wie ein organischer Process in allen Wortcoordinationen gerade dies eine Element zerstören könnte. Noch erheblich schwerer ist die Verwechslung einer organischen Sprachataxie mit der Sprachstörung, wie sie durch Verlangsamung und Incohärenz der corticalen Associationen bedingt wird, zu vermeiden. Die Affecte des Zorns und der Angst können selbst bei dem Geistesgesunden, namentlich aber bei dem Geisteskranken Sprachstörungen erzeugen, welche der organischen ataktischen Sprachstörung sehr ähnlich sind. Auch die Ermüdung oder Erschöpfung kann Verlangsamung und Incohärenz der sprachlichen Associationen bedingen. Endlich wurde schon früher die Sprachstörung als eine Theilerscheinung der sog. primären Incohärenz beschrieben; auch diese ähnelt zuweilen der organischen Sprachstörung in hohem Maasse. Um sich vor solchen Verwechslungen zu schützen, wird man stets bedenken müssen, dass die

auf Verlangsamung und Incohärenz der Association beruhende Sprachstörung stets eine Theilerscheinung einer *allgemeinen* Verlangsamung resp. Incohärenz *aller* corticalen Associationen ist. Man findet daher neben der Sprachstörung stets auch Hemmung resp. Incohärenz des Denkens, während die organische Sprachstörung isolirt dasteht oder mit Symptomen des Intelligenzdefectes, d. h. des dauernden Ausfalls von Vorstellungen und Vorstellungsassociationen verknüpft ist. Bei Besprechung der Dementia paralytica in der speciellen Pathologie wird auf diese Differentialdiagnose zurückzukommen sein.

Tremor-Erscheinungen sind bei Psychosen sehr häufig. So kann die Complication der Psychose mit multipler Sklerose, Morbus Basedowii, Paralysis agitans u. dgl. das Vorhandensein dieser oder jener Form des Tremors bedingen. Ein typischer Intentionstremor findet sich häufig bei Dementia paralytica. Auf dem Gebiet der Augenbewegungen wird er als Nystagmus bezeichnet, auf dem Gebiet der Sprache führt er zu einer tremulirenden Aussprache der Vokale. Unter den Intoxicationspsychosen kommen namentlich die durch chronischen Missbrauch von Alkohol, Morphium, Nicotiana und Quecksilber hervorgerufenen Geistesstörungen in Betracht. Das Zittern tritt ebensowohl bei activen Bewegungen (als Intentionstremor) auf wie bei statischen Innervationen, d. h. bei dem activen Einnehmen bestimmter Ruhe- und Schwebehaltungen, so z. B. bei dem freien Spreizen der Finger. Bei chronischen Alkoholisten kann dasselbe so heftig werden, dass Gehen und Stehen dem Kranken unmöglich wird. Dem alkoholistischen Tremor nahe verwandt ist der epileptische Tremor, welcher besonders bei statischen Innervationen deutlich hervorzutreten pflegt. Auch der hysterische Tremor in seinen verschiedenen Formen complicirt öfters eine Psychose. Endlich kommt im Alter bei geisteskranken Greisen noch öfter als bei Geistesgesunden ein eigenartiges Zittern vor, welches durch die starke Mitbetheiligung des Kopfes ausgezeichnet ist. Alle diese Tremorformen sind bald mit einer Lähmung bezw. Schwäche der zitternden Muskeln verbunden, bald nicht.

Eine besondere Stellung in der Reihe der Tremorformen nehmen das *Affectzittern* und das *Erschöpfungszittern* ein. Beide sind gerade bei Geistesstörungen sehr häufig und stets mit motorischer Schwäche verknüpft. Unter den Affecten führen namentlich *Angst* und *Zorn*, zuweilen auch *freudige Erwartung* zu Tremor. Am stärksten ist er in den Händen ausgesprochen. Meist ist er leicht arhythmisch und stets durch Geschwindigkeit und Kleinheit der Oscillationen ausgezeichnet. Er äussert sich ebensowohl bei activen *Bewegungen* wie bei *statischen Innervationen*. In der äusseren Erscheinung ist das Erschöpfungszittern dem Affectzittern sehr ähnlich. Bei allen sog.

Erschöpfungspsychosen, also denjenigen Geistesstörungen, welche auf dem Boden übertriebener Inanspruchnahme des Centralnervensystems bei ungenügender Erholung bezw. Ernährung desselben auftreten, begegnen wir demselben sehr häufig.

Abnorme Mitbewegnngen sind gleichfalls bei Geisteskranken nicht selten. Am häufigsten beobachtet man sie bei angeborenen oder in frühester Kindheit erworbenen organischen Hirnerkrankungen. Auch die Innervationen paretischer Muskeln bei der Dementia paralytica und senilis sind oft mit Mitbewegungen verknüpft. So kann bei dem Aussprechen eines etwas schwierigen Wortes fast die ganze Gesichtsmusculatur in heftige Mitbewegungen gerathen. Mitunter nehmen diese Mitbewegungen geradezu einen spastischen Charakter an. Eine eigenartige Form spastischer Mitbewegungen im Bereich der Phonationsmnsculatur stellt auch das Stottern dar.

β. Störungen der automatischen Akte.

Bei dem Menschen sind die meisten automatischen Akte aus Handlnngen entstanden. Der Klavierspieler spielt ein Musikstück, welches er oft geübt hat, schliesslich automatisch, d. h. ohne dass psychische Parallelprocesse vorhanden sind. Diese aus Handlnngen hervorgegangenen automatischen Akte können bei dem Geisteskranken dieselben Störungen zeigen wie die Handlnngen selbst. Es kann daher einfach auf die Störungen des Handelns zurückverwiesen werden. Nur ist hervorzuheben, dass zuweilen die automatischen Akte vor den Handlnngen dem Kranken verloren geben. So kommt es vor (bei Dementia paralytica, bei Erschöpfungspsychosen n. s. w.), dass der Kranke Bewegungen, welcbe er früher automatiscb ausführte, jetzt nur bei Anspannung aller Aufmerksamkeit auszuführen vermag. Seltener beobachtet man, dass umgekehrt der Kranke automatische Bewegungen noch auszuführen vermag, welche ihm bei Hinlenkung oder Anspannung der Aufmerksamkeit nicht gelingen.

γ. Störungen der Reflexe und Sehnenphänomen-Reflexe.

Eine Herabsetzung oder Aufhebung der Plantarreflexe ist sowohl bei functionellen wie bei organischen Psychosen häufig. Grössere Bedentung kommt diesem Symptom in diagnostischer Hinsicht nicht zu, wofern es doppelseitig ist; denn auch bei Gesunden trifft man gelegentlich sehr schwache Plantarreflexe. In stuporösen Zuständen ist Herabsetzung der Sohlenreflexe fast stets zu constatiren. Einseitige Herabsetzung oder Aufhebung der Sohlenreflexe ist stets pathologisch und findet sich weitaus am häufigsten bei den verschiedenen Formen des hysterischen Irreseins und bei solchen organisch-bedingten Psychosen,

welche mit Rückenmarkserkrankung complicirt sind. Vorübergehend tritt sie in den paralytischen Anfällen der Dementia paralytica auf der Seite der Lähmung auf. Steigerung der Plantarreflexe und zwar doppelseitige ist ein häufiges Begleitsymptom der allgemeinen Hyperästhesie und ohne besondere diagnostische Bedeutung. Halbseitige Steigerung findet sich am häufigsten bei hysterischen Psychosen, seltener bei organisch-bedingten.

Die epigastrischen Reflexe sowie die Cremasterreflexe sind bei dem Gesunden, wofern nur die Bauchmuskeln resp. der Cremaster genügend erschlafft sind, stets zu erzielen. Bei Geisteskranken führt die mit Spinalerkrankung complicirte Dementia paralytica sehr oft zu einseitiger oder doppelseitiger Herabsetzung oder Aufhebung dieser Reflexe. Bei der Hysterie fällt die halbseitige Differenz der Reflexe öfter auf.

Der Conjunctival-, Palpebral- und Cornealreflex ist bei den stuporösen Zuständen in der Regel erhalten, während bei den soporösen Zuständen diese Reflexe in der Regel herabgesetzt oder aufgehoben sind.

Der Würg- oder Gaumenreflex ist am häufigsten bei der Hysterie, seltener bei organisch-bedingten Psychosen herabgesetzt und zwar bald einseitig bald doppelseitig.

Von grösster Bedeutung für die psychiatrische Diagnostik ist die Untersuchung der Pupillarreflexe. Es ist stets die Promptheit, die Ausgiebigkeit und die Nachhaltigkeit der Pupillenreactionen zu prüfen und zwar sowohl der directen und synergischen Lichtreaction wie der Convergenzreaction. Mangel an Promptheit der Lichtreactionen (= Lichtträgheit) ist fast stets gleichbedeutend mit Aufhebung der Lichtreactionen (= Lichtstarrheit) und weist wie diese auf eine organisch-bedingte Psychose hin, und zwar kommen namentlich Dementia paralytica, Dementia senilis, Lues cerebri und die alkoholistischen Psychosen in Betracht. Auch bei chronischen Morphinisten wird Pupillenträgheit und selbst Pupillenstarre beobachtet. Die Complication einer Psychose mit Tabes bedingt selbstverständlich ebenfalls das Auftreten von Pupillenträgheit resp. Pupillenstarre. Ein neues diagnostisches Moment ist insofern damit nicht gegeben, als in der übergrossen Mehrzahl dieser Fälle die mit der Tabes vergesellschaftete Psychose die Dementia paralytica ist, deren Beziehung zu der Pupillenträgheit schon erwähnt wurde. Vorübergehende Pupillenstarre beobachtet man ab und zu in schwersten epileptischen Anfällen, sowie sehr selten in epileptischen Dämmerzuständen. Mangel an Ausgiebigkeit der Lichtreactionen ist diagnostisch bedeutungslos. Er findet sich — meist zugleich mit Mydriasis — ungemein häufig bei allen Erschöpfungspsychosen, ferner bei dem epileptischen und hysterischen Irresein, endlich bei den

verschiedensten organischen Psychosen. Es bedarf namentlich bei widerstrebenden Kranken oft einer grossen Geduld und scharfer Beobachtung, um diesen Mangel an Ausgiebigkeit mit der eben erwähnten Trägheit nicht zu verwechseln: die unausgiebige, aber trotzdem prompte Reaction wird sehr leicht übersehen. Mit der Unausgiebigkeit der Lichtreaction verbindet sich oft ein weiteres Symptom: unmittelbar nach der Verengerung tritt sofort wieder eine Erweiterung ein (Mangel an Nachhaltigkeit). Diese Wiedererweiterung ist häufig von sog. elastischen oder hydraulischen Schwankungen der Pupillenweite (Hippus) begleitet. Mitunter kann auch die secundäre Erweiterung ausgiebiger als die primäre Verengerung sein.*) Alle diese Begleiterscheinungen der Unausgiebigkeit haben diagnostische Bedeutung bis jetzt nicht erlangt. Sie finden sich bei manchen functionellen Psychosen sogar häufiger als bei organischen. – Störungen der Convergenzreaction sind erheblich seltener: Aufhebung und Trägheit sind bei organischen Psychosen sowie bei Complicationen mit Tabes am häufigsten, Unausgiebigkeit und rasche Ermüdung kommen auch bei functionellen Psychosen vor.

Der Blinzelreflex bei plötzlicher Belichtung des Auges oder brüsker Annäherung eines Fingers ist in stuporösen Zuständen oft äusserst schwach, bei organischen Psychosen kann er aufgehoben sein. Seine Prüfung ist deshalb von Werth, weil wir bei soporösen oder schwachsinnigen Kranken mittelst desselben öfters eine Hemianopsie feststellen können, welche sonst gar nicht zu constatiren wäre. Fahren wir z. B. rasch mit dem Finger von der rechten Seite auf das linke oder rechte Auge zu und bleibt das Blinzeln aus, während es bei Annäherung von links prompt eintritt, so ist eine rechtsseitige Hemianopsie sehr wahrscheinlich. Für die Diagnose ist mit dieser Feststellung oft ein wichtiger Anhaltspunkt gewonnen.

Sehnenphänomene.

Herabsetzung oder Aufhebung eines oder beider Kniephänomene bei einem Geisteskranken deutet meist

1. auf Dementia paralytica

oder 2. auf Complication mit Tabes

oder 3. auf Complication mit multipler Neuritis.

Die seltenen Fälle, in welchen eine Complication der Psychose mit progressiver Muskelatrophie, Poliomyelitis u. dgl. Herabsetzung oder Aufhebung der Kniephänomene bedingt, kommen praktisch kaum in Betracht. Sehr

*) So kann die Täuschung entstehen, — wenn nämlich die primäre Verengerung sehr unausgiebig ist — als rufe die Belichtung eine Erweiterung der Pupille hervor.

wichtig ist, dass das Fehlen der Kniephänomene bei Dementia paralytica nicht stets, aber doch häufig auf die Complication mit einer typischen Tabes zurückzuführen ist. Der unter 1 und der unter 2 angeführte Fall decken sich also theilweise. Auch bei Syphilis des Centralnervensystems beobachtet man zuweilen Fehlen der Kniephänomene (mitunter zugleich mit ein- oder doppelseitiger Lichtstarre der Pupillen). Insbesondere kommt hier auch der angeborene Schwachsinn bei hereditär-syphilitischen Kindern in Betracht.

Vorübergehendes Fehlen der Kniephänomene kommt in tiefem Coma vor, so z. B. auch, wenn auch selten, im epileptischen Coma. Auch bei schweren Collapszuständen, mit und ohne Coma, gehen die Kniephänomene zuweilen verloren. Namentlich gilt dies von den Collapszuständen, welche man bei den schwersten Formen des in Irrenanstalten recht häufigen acuten Darmkatarrhs beobachtet. Unter 8 Fällen solchen Darmkatarrhs, welche das Westphal'sche Zeichen, d. h. Aufhebung der Kniephänomene zeigten, endeten 7 tödtlich.

Dass gerade bei Geisteskranken die Prüfung des Kniephänomens besondere Vorsicht erheischt, ist selbstverständlich. In vielen Fällen hat man mit mangelhafter Erschlaffung der Beinmuskeln, welche bekanntlich zum Erzielen des Phänomens unerlässlich ist, zu kämpfen. Der Jendrassik'sche Kunstgriff (Ballen der Fäuste) oder auch der Schreiber'sche (Reibung der Innenfläche der Oberschenkel) sind sehr häufig erforderlich, um das Kniephänomen zu erzielen. Sehr empfehlenswerth ist gerade bei Geisteskranken auch eine von Buzzard empfohlene Methode: man lässt den Kranken sitzend die Fussspitze des Beins, welches man prüfen will, fest auf den Boden aufdrücken und beklopft die Quadricepssehne während dieses Aufstemmens der Fussspitze.

Doppelseitige Steigerung der Kniephänomene hat für die psychiatrische Diagnose keine Bedeutung, einseitige wie überhaupt jede halbseitige Differenz der Kniephänomene ist am häufigsten auf eine Herderkrankung im Verlauf der Pyramidenbahn (z. B. auf eine vorausgegangene Hämorrhagie im Bereich der inneren Kapsel) oder auf Dementia paralytica oder Dementia senilis zu beziehen.

Fehlen der Achillessehnenphänomene hat dieselbe schwerwiegende Bedeutung wie das Fehlen der Kniephänomene. Nur bei Frauen, die geboren haben, beobachtet man gelegentlich Fehlen der Achillessehnenphänomene, ohne dass eine der oben angeführten Krankheiten und auch ohne dass Syphilis vorliegt. Die Steigerung der Achillessehnenphänomene gewinnt nur dann einige Bedeutung, wenn zugleich Fussklonus zu erzielen ist. Dieser kommt namentlich vor bei:

1. Dementia paralytica;
2. Dementia senilis;

3. Multipler Sklerose, welche sehr häufig Denkhemmung und auch Intelligenzdefect bedingt;
4. Hysterie;
5. Epilepsie;
6. schweren Fällen des neurasthenischen Irreseins.

Halbseitiger Fussklonus findet sich bei den sub 1—3 genannten Krankheiten sowie bei Herderkrankungen des Gehirnes auf der Seite der Lähmung. Sehr selten beobachtet man halbseitigen Fussklonus auch bei den unter 4—6 aufgezählten functionellen Neurosen.

Das Anconenssehnenphänomen ist in diagnostischer Beziehung weit weniger werthvoll. Sehr selten fehlt es ganz. Es hängt dies wahrscheinlich damit zusammen, dass die Beklopfung der Anconeussehnen stets auch eine idiomusculäre Contraction auslöst. Die einzigen Fälle, in welchen es völlig fehlte, betrafen Paralytiker, bei welchen die Section hochgradige graue Degeneration im Gebiet der hinteren Wurzelzonen des Rückenmarks ergab.

Anhangsweise sei hier auch noch kurz der sog. idiomusculären Erregbarkeit gedacht. Dieselbe äussert sich darin, dass bei Beklopfung eines Muskels (nicht einer Sehne) erstens eine Gesammtcontraction des Muskels und zweitens local — d. h. an der Stelle der Beklopfung — die Bildung eines Querwulstes eintritt. Diese idiomusculäre Erregbarkeit ist bei Geisteskranken sehr häufig gesteigert. Bei epileptischen sowie in den „paralytischen Anfällen“ der Dementia paralytica beobachtet man zuweilen einen Querwulst, der über 10 Secunden sichtbar bleibt. Sonst ist die Steigerung der mechanichen Muskelerregbarkeit bei Geisteskranken wie bei Geistesgesunden am häufigsten einerseits bei jugendlichen, sehr muskelkräftigen, und andrerseits bei senilen und kachektischen Individuen. Zuweilen beobachtet man sogar ein Ueberspringen der Contraction auf benachbarte Muskeln.

δ. Sensible und sensorielle Störungen.

Der Hypästhesien und Hyperästhesien sowie der Hypalgesien und Hyperalgesien wurde bereits früher gedacht. Es erübrigt, hier noch kurz der Parästhesien zu gedenken, soweit sie nicht den früher besprochenen Illusionen oder Hallucinationen angehören, soweit sie also nicht durch eine Erkrankung der Hirnrinde, sondern durch eine Erkrankung der cerebralen, spinalen und peripheren Leitungsbahnen bedingt sind. So können die Parästhesien der Tabes und der multiplen Neuritis eine Psychose compliciren. Bei der Dementia paralytica sind Parästhesien auch in solchen Fällen häufig, wo das typische Bild der Tabes ganz fehlt. Es bleibt dann zweifelhaft, ob dieselben auf der

Rindenerkrankung selbst oder auf einer nicht genaner festgestellten Mitbetheiligung des Rückenmarks oder der peripheren Nerven am Krankheitsprocess beruhen. Ganz ähnliche Parästhesien finden sich auch bei der Hysterie und hei der Neurasthenie und können daher als complicirende Symptome des neurasthenischen oder hysterischen Irreseins auftreten. Bei beiden Krankheiten sind wir noch nicht im Stande mit Sicherheit anzugeben, ob die bezüglichen Parästhesien auf autochthonen Erregungsprocessen der corticalen Empfindungselemente beruhen und somit als elementare Hallucinationen anzusehen sind oder ob sie abnormen, in den peripheren Leitungsbahnen gelegenen Reizen entsprechen. Für die Nenrasthenie ist das letztere wahrscheinlicher. Auch das Augenflimmern und Ohrensausen nnd -klingen der Neurasthenie ist in vielen Fällen wahrscheinlich auf periphere Reizzustände im Gebiet des Opticus resp. Acusticus zurückzuführen.

Die Parästhesien, welche soeben erwähnt wurden, sind von leichten negativen Gefühlstönen begleitet. Der Kranke klagt wohl über die Lästigkeit derselben, aber diese beruht mehr auf der Beharrlichkeit dieser Parästhesien und ihrem störenden Einfluss auf die Ideenassociation als auf der Intensität des negativen Gefühlstons. Anders hei den sog. „spontanen Schmerzen“: es sind dies Empfindungen, welche auf Reizen innerhalb der peripheren Leitungsbahnen beruhen und von intensiv negativem Gefühlston begleitet sind. Der negative Gefühlston ist meist so stark, dass die Qualität der Empfindung ganz in demselben aufgeht bezw. über demselben unbemerkt bleibt. Spontane Schmerzen kommen bei den verschiedensten Psychosen vor. Man unterscheidet zweckmässig folgende Hauptformen:

1. Organisch bedingte spontane Schmerzen: hierher gehören z. B. die lancinirenden Schmerzen der mit Tabes complicirten Dementia paralytica, die Kopfschmerzen, welche die auf einer Herderkrankung des Gehirns beruhenden Psychosen begleiten, endlich die hartnäckigen Kopfschmerzen, welche namentlich im Beginn der Dementia paralytica und senilis Tag und Nacht den Kranken quälen.

2. Fnnctionelle, dem Ausbreitungsgebiet eines bestimmten Nerven entsprechende spontane Schmerzen = Neuralgien. Ausser der örtlichen Umgrenzung ist die Druckempfindlichkeit der fraglichen Nervenstämme für die Neuralgien sehr charakteristisch. Am häufigsten ist das Verhältniss zwischen Neuralgie und Psychose ein causales; nicht selten beobachten wir, dass heftige Neuralgien zu Psychosen — zuweilen ganz vorübergehenden, sog. transitorischen Geistesstörungen — führen.

3. Topalgien, d. h. fnnctionelle spontane Schmerzen, deren Ausbreitung der anatomischen Ausbreitung eines bestimmten Nerven nicht entspricht. Druckempfindlichkeit der zugebörigen Nervenstämme fehlt

oder ist unerheblich. Hierher gehören die meisten Schmerzen des neurasthenischen Irreseins. Bei Besprechung des letzteren wird auf diese Topalgien zurückgekommen werden müssen. Eine der häufigsten dieser Topalgien ist z. B. ein auf der Scheitelhöhe des Kopfes etwa den Umfang eines Kartenblattes einnehmender fressender Schmerz, den die Kranken bald unter die Haut, bald in den Knochen, bald unter den letzteren, bald direct in das Gehirn verlegen. Gerade diese Topalgien sind häufig die fruchtbarsten Anknüpfungssymptome für hypochondrische Wahnvorstellungen.

4. Vasomotorische Formen. Für die psychiatrische Diagnostik sind die sog. Migränezustände am wichtigsten. Man begegnet denselben in der Anamnese von Geisteskranken sehr häufig, und auch als complicirender Symptomencomplex der Psychose während ihres Verlaufs ist Migräne nicht selten. Ausser der gewöhnlichen Migräne spielt namentlich die sog. Augenmigräne eine bedeutsame Rolle. Diese ist dadurch ausgezeichnet, dass zu der Symptomtrias (Kopfschmerz, Erbrechen, halbseitiger Störung der Gefässinnervation) Flimmerskotom hinzutritt. Man beobachtet dieselbe einerseits als Vorläufersymptom der Dementia paralytica und andererseits auch bei functionellen Psychosen, so namentlich bei dem hysterischen und auch bei dem epileptischen Irresein. Bei der „complicirten Augenmigräne“ (Migraine ophthalmique compliquée) kommt zu den erwähnten Symptomen noch eine gemischte Hemianästhesie oder Hemihypästhesie hinzu. Diese Form ist bei dem hysterischen Irresein und bei den Intoxicationspsychosen am häufigsten.

Bei der Darstellung der einzelnen Psychosen wird auf zahlreiche specielle sensible und sensorische Störungen genauer eingegangen werden müssen.

ε. Störungen der secretorischen, trophischen, vasomotorischen und splanchnischen Innervationen.

Secretionsstörungen.

Speichelsecretion. Steigerung der Speichelsecretion oder Salivation ist bei Psychosen ungemein häufig. Oft kommt dieselbe rein mechanisch zu Stande, indem unwillkürliche Kaubewegungen (Mastication) die Speicheldrüsen zu einer fortwährenden Secretion erregen. So findet man dies Verhalten z. B. bei organischen Hirnkrankheiten, namentlich bei der Dementia paralytica, andererseits jedoch auch bei den mit Mastication verlaufenden functionellen Psychosen, insbesondere denjenigen jugendlicher Individuen. In anderen Fällen handelt es sich um Reizerscheinungen im Gebiet der Secretionsnerven der Speicheldrüsen, welche in directerer Abhängigkeit von der Psychose stehen. So findet man

z. B. bei den acuten Formen der Paranoia nicht selten eine ausgesprochene Salivation. In einer dritten Reihe von Fällen ist die Salivation durch Hallucinationen oder Wahnvorstellungen bedingt. So können Geschmackstäuschungen ein fortgesetztes Speicheln bedingen. Auch Vergiftungswahn ohne Hallucinationen kann zu abnormem Speicheln führen. Das Speicheln ist in den letztgenannten Fällen willkürlich, insofern sich damit meist bei den Kranken die Absicht verknüpft, durch das Speicheln den hallucinatorischen Geschmack oder das vermeintliche Gift zu entfernen. Endlich kann auch die Zwangsvorstellung „speicheln zu müssen" zu abnormem Speichelfluss führen.

Zuweilen wird eine Steigerung der Speichelsecretion auch nur vorgetäuscht durch eine Lähmung des Orbicularis oris oder der Schlingmuskulatur. In diesen Fällen träuft der Speichel aus dem Munde hervor, weil die normale Schluckbewegung ausbleibt oder der Schluss des Mundes unvollkommen ist. Gelegentlich können auch hierbei Wahnvorstellungen eine Rolle spielen: der Kranke glaubt den Speichel nicht herunterschlucken zu dürfen und sammelt daher grosse Mengen in seinem Mund an. Man gelangt dann leicht zu der irrthümlichen Annahme, die Secretion selbst sei gesteigert. Mitunter ist auch die allgemeine motorische Hemmung die Ursache dieses Speichelsammelns: der Kranke schluckt nicht, weil alle sog. willkürlichen Bewegungen auf das Höchste gehemmt sind. Sowohl die primäre wie die secundäre motorische Hemmung kann zu solcher scheinbaren Salivation führen.

Pathologische Herabsetzung der Speichelsecretion beobachtet man öfter bei Melancholie, seltener in Fällen von Paranoia.

Magensaftsecretion. Genaueres wissen wir nur über die Salzsäureabscheidung des Magens. Bei dem Gesunden enthält ein 2—3 Stunden nach einer Fleischmahlzeit ausgeheberter Mageninhalt 1,5—2,5‰ Salzsäure. Am zweckmässigsten bestimmt man dieselbe mittelst der Sjöquist'schen Methode. Bei Psychosen findet sich oft eine Herabsetzung oder eine Steigerung der Salzsäuresecretion. Erstere, die sog. Hypochlorhydrie, ist namentlich bei dem angeborenen sowie bei dem erworbenen Schwachsinn häufig. In den Terminalstadien der Dementia paralytica ist oft Salzsäure in dem Ausgeheberten überhaupt nicht mehr nachzuweisen. Hyperchlorydrie, d. h. Steigerung der Salzsäuresecretion, beobachtet man bei manchen cardialgischen Anfällen (bis zu 7‰), zuweilen auch nach epileptischen Anfällen. Auch in schweren katatonischen Zuständen besteht im Allgemeinen eine Tendenz zu Hyperchlorhydrie.

Ueber die Störungen in der Secretion des Darmsaftes wissen wir noch nichts. Wahrscheinlich ist, dass die schweren Verdauungsstörungen, welche wir oft bei der Melancholie, im Depressionsstadium der Dementia paralytica u. s. w. beobachten, z. T. auch auf solchen Störungen beruhen.

Auch die Gallenabsonderung ist zuweilen gestört; in solchen Fällen beobachtet man gelegentlich eine typische Urobilinurie.

Thränensecretion. Auffällig geringfügig ist dieselbe im Allgemeinen bei den pathologischen Depressionszuständen. Der sehnlichste Wunsch vieler Melancholischer ist: „nur wieder einmal ordentlich weinen zu können". Eine starke Thränensecretion bei primären Depressions- oder Angstzuständen rechtfertigt geradezu einen gewissen Verdacht auf einen coexistirenden Intelligenzdefect.

Urinsecretion. Die Quantität des Urins ist bei den functionellen Psychosen in der Regel an sich normal. Eine Verringerung der 24stündigen Urinmenge findet man trotz reichlicher Flüssigkeitsaufnahme und ohne aequivalente Steigerung der Schweisssecretion in Depressions- nnd Stuporzuständen. Eine auffällige Vermehrung der 24stündigen Urinmenge (Polyurie) findet sich ohne qualitative Veränderung des Urins bei organisch bedingten Psychosen, so namentlich bei der Dementia paralytica, der Lues cerebri, sowie Herderkrankungen des Gehirns. Bei dem hysterischen Irresein beobachtet man oft einen eigenthümlichen Wechsel von Oligurie und Polyurie. In vielen Fällen ist die Polyurie nur die secundäre Folgeerscheinung einer primären Polydipsie.

Das specifische Gewicht des Urins ist bei Oligurie häufig entsprechend gesteigert, bei Polyurie verringert. Diagnostische Bedeutung haben diese Veränderungen bis jetzt nicht erlangt.

Die chemische Zusammensetzung des Urins ist bei Psychosen häufig verändert. So kann die absolute Menge der innerhalb 24 Stunden ausgeschiedenen Chloride, der Phosphate und Urate sowie des Harnstoffs vermehrt oder vermindert sein. Werth und Bedeutung erlangen solche zahlenmässigen Feststellungen im Allgemeinen erst dann, wenn zugleich festgestellt wird, wieviel Chlor, Phosphor und Stickstoff in derselben Zeit in der Nahrung dem Körper zugeführt wird und wieviel in den Fäcalien den Körper verlassen hat. Umfänglichere zuverlässige Untersuchungen in dieser Richtung stehen noch aus. Bei Erregungszuständen ist, wie dies a priori zu erwarten war, der Eiweiss- nnd Chlorumsatz gesteigert. Diese Steigerung ist wahrscheinlich hauptsächlich auf die vermehrte Muskelarbeit zurückzuführen.

Häufig enthält der Urin von Geisteskranken auch abnorme Bestandtheile. Hierher gehört zunächst das Auftreten von Albumen und Propepton bezw. Pepton, ohne dass eine Erkrankung des Nierengewebes nachweisbar ist. Man beobachtet dasselbe am häufigsten bei acuten schweren Verwirrtheitszuständen mit stärkerer motorischer Erregung. Gerade bei diesen beobachten wir auch in anderen Beziehungen eine auffällig erhebliche Rückwirkung der Psychose auf die somatischen Functionen. So ist z. B. bei dem Delirium tremens Albuminurie sehr

häufig. Hier nimmt geradezu der Eiweissgehalt des Urins mit dem Grad der Incohärenz und Unorientirtheit ab und zu. Auch in epileptischen Dämmerzuständen sowie nach gehäuften epileptischen Anfällen findet man öfters Eiweiss im Urin. Die Propeptonurie geht meist der Albuminurie voran und überdauert dieselbe eine kurze Zeit. Die erstere verräth sich, wo sie ohne Albuminurie auftritt, meist schon dadurch, dass der mit Salpetersäure versetzte, gekochte Urin klar bleibt, nach dem Erkalten aber sich trübt und nach einigen Stunden einen deutlichen Niederschlag absetzt. — Die Albuminurie bei Geisteskranken mit Arteriosklerose ist in der Regel auf eine organische Nierenerkrankung und nicht auf eine Beeinflussung der Nieren durch das Hirnleiden zurückzuführen. Bei Dementia paralytica findet man neben Albuminurie und Propeptonurie öfter auch Peptonurie.

Auch hyaline Cylinder hat man öfter im Urin Geisteskranker gefunden und zwar vorwiegend bei heftigen Erregungszuständen.

Urobilinurie und auch Bilirubinurie ist — ohne Lebererkrankung — gelegentlich bei Dementia paralytica zur Beobachtung gekommen.

Glycosurie — mit oder ohne Polyurie — ist bei organischen Psychosen öfters beobachtet worden. Dabei soll von denjenigen Psychosen, welche in Folge eines echten Diabetes auftreten, ganz abgesehen werden, vielmehr nur diejenige Glycosurie Erwähnung finden, welche in directer Abhängigkeit von der Psychose steht. Eine solche findet sich nicht selten tage- oder wochenweise im Verlaufe einer Dementia paralytica oder einer Hirnlues. Mitunter ist das Auftreten ein intermittirendes.

Acetonurie findet sich öfter bei solchen Geisteskranken, deren Ernährung aus irgend einem Grunde darniederliegt. Sie ist daher z. B. bei nahrungsverweigernden Melancholikern nicht selten. Unabhängig von Störungen in der Nahrungsaufnahme kommt Acetonurie bei den verschiedenen Formen des epileptischen Irrseins sowie bei Dementia paralytica vor.

Die Störungen in der Bluthildung der Geisteskranken sind noch sehr wenig untersucht. Auf der Höhe schwerer acuter Psychosen ist oft der Hämoglobingehalt und das specifische Gewicht des Blutes vermindert. Ebenso findet man eine Verminderung dieser beiden Blutwerthe bei der Dementia paralytica parallel dem fortschreitenden körperlichen Verfall. Im Beginne der Melancholie soll eine Steigerung beider Werthe vorkommen.

Trophische Störungen.

Stoffwechseluntersuchungen, welche uns Auskunft zu geben vermöchten über den gesammten Chemismus des Körpers während der

Psychose, liegen bislang für keine einzige Psychose vor. Unsere Kenntnisse beschränken sich auf das Wenige, was oben bezüglich der Ausscheidung des Stickstoffes und der Chloride im Urin angegeben wurde.

Einen gewissen Ersatz gewährt eine genaue Beobachtung des Körpergewichtes. Bei acuten Psychosen sollte dasselbe jedenfalls wöchentlich festgestellt werden. Die wichtigste Regel bezüglich des Körpergewichtes bei acuten Psychosen lautet dahin, dass mit der Entwickelung der Krankheit das Körpergewicht rasch sinkt, auf der Höhe der Krankheit ein Minimum erreicht und dann entsprechend der Genesung sich wieder hebt. Mitunter ist im sonstigen Zustand des Kranken, namentlich in den psychischen Symptomen, eine Besserung noch nicht zu erkennen und nur das Einsetzen einer leichten Gewichtszunahme nach langem Sinken bezw. langem stationärem Tiefstand des Gewichtes kündigt die bevorstehende Genesung an. Die Gewichtszunahme in der Reconvalescenz ist oft eine äusserst rapide (bis zu 15 Pfund in einer Woche). Nicht immer ist jedoch die Gewichtszunahme auf der Höhe einer acuten Psychose von günstiger Vorbedeutung. Wenn eine acute Psychose nach längerem Sinken bezw. Tiefstand des Körpergewichtes plötzlich oder allmählich eine erhebliche Zunahme desselben zeigt, ohne dass gleichzeitig oder unmittelbar danach eine Besserung auf psychischem Gebiet bemerklich wird, ist im Gegentheil ein ungünstiger Verlauf in secundäre Demenz als wahrscheinlich anzunehmen.

Vasomotorische Störungen.

Störungen der Innervation des Herzens und der Arterien sind bei Geisteskranken auch in solchen Fällen nicht selten, wo das Herz und die Arterien selbst durchaus normal sind. Die Herzthätigkeit ist selten in abnormer Weise beschleunigt (am häufigsten noch bei dem neurasthenischen Irresein und zwar hier bald dauernd, bald anfallsweise), hingegen sehr oft abnorm verlangsamt.*) Herabsetzung der Herzaction auf 50 und weniger Schläge pro Minute wird bei stuporösen Zuständen nicht allzu selten auch bei Abwesenheit jeglicher Arteriosklerose beobachtet.

Wichtiger noch sind die Störungen in der Innervation der arteriellen Gefässe. Häufig lehrt schon das Fühlen des Pulses mit der Hand, dass entweder die Art. radialis in abnormem Grade contrahirt ist, oder dass umgekehrt die Wandspannung abnorm gering ist. In letzterem Falle besteht häufig eine gleichfalls schon für den tastenden Finger erkennbare Steigerung der normalen Dicrotie. Die sphygmographische Untersuchung bestätigt dies. Die abnorme Steigerung der Wandspannung,

*) Bei organischen Psychosen, namentlich bei der sog. Taboparalyse ist Pulsbeschleunigung und Pulsverlangsamung oft direct auf eine Degeneration des Vaguskernes oder der peripheren Vagusfasern zu beziehen.

der sog. peripherische arterielle Gefässkrampf, giebt sich durch eine Verminderung der Rückstosselevation zu erkennen; zugleich pflegt die erste Elasticitätselevation auf dem absteigenden Schenkel der Welle etwas höher nach oben gerückt und deutlicher ausgeprägt zu sein. Die

6.

7.

untere der vorstehenden Curven giebt ein Beispiel eines solchen Gefässkrampfes; das obere stellt ein normales Pulsbild dar. Die abnorme Schlaffheit der Gefässwände, die peripherische Gefässparese, äussert sich in einer Verkleinerung oder einem völligen Verschwinden der ersten Elasticitätselevation und einer erheblichen Vergrösserung der Rückstosselevation; durch letzteren Umstand ist die oben erwähnte Dicrotie bedingt.

Der arterielle Gefässkrampf kommt gelegentlich bei jeder Psychose vor. Am häufigsten ist er bei der Melancholie, bei der stuporösen Paranoia und im Depressionsstadium der Dementia paralytica. Arterielle Gefässparese ist am häufigsten in den späteren Stadien der Dementia paralytica. Hier erfährt das Pulsbild oft eine weitere Veränderung dadurch, dass es schliesslich zu einer fast völligen Gefässparalyse kommt, sowie dadurch, dass die Contraction des Herzens selbst abnorm langgezogen ist: sphygmographisch giebt sich dies in der sog. tarden Pulscurve kund, bei welcher der aufsteigende Pulsschenkel eine sehr schräg ansteigende leicht gekrümmte Linie darstellt und der Wellengipfel abgeflacht ist. Die beistehenden Curven geben eine Veranschaulichung der in Rede stehenden Gefässparese bezw. Gefässparalyse.

8.

9.

Während die soeben beschriebenen Veränderungen des Contractionszustandes von der Beschaffenheit der Affecte im Wesentlichen unabhängig sind, kennen wir eine andere Veränderung des Pulses, welche direct von Affectstörungen abhängig ist. Intellectuelle Processe als solche ohne begleitenden Gefühlston beeinflussen das Pulsbild nicht. Ebensowenig sind die einfachen leichteren Stimmungsanomalien, wie z. B. die einfache Depression oder die einfache Exaltation sphygmographisch wirksam. Nur die sog. Erregungsaffecte, d. h. diejenigen Affecte, welche auch auf dem Gebiete der willkürlichen Körpermusculatur einen erregenden Einfluss ausüben, wirken verändernd auf die Pulskurve und zwar ausnahmslos, es mag sich um positive oder um negative Affecte handeln, in dem Sinn, dass die erste Elasticitätselevation nach oben gerückt und vergrössert wird. Die Rückstosselevation bleibt dabei fast unverändert. Die beisteheude Curve stellt die Pulswelle eines Kranken mit heftiger primärer Angstagitation dar. Ganz ähnliche Pulsbilder findet man bei heiterer Erregung, hallucinatorischer Erregung u. s. f. Es ist wahrscheinlich, dass diese auf Erregungsaffecten beruhende Ver-

10.

änderung der Pulskurve der Ausdruck einer **leichten** Steigerung der Wandspannung der Arterien ist. Sehr häufig beobachtet man, z. B. bei Melancholie, ein Zusammentreffen des oben erwähnten Gefässkrampfes mit der jetzt besprochenen affectiven Veränderung der Gefässcontraction. Es kommt dann geradezu zu einer Summation der beiden Störungen. Den oben erwähnten Gefässkrampf ebenfalls durchweg auf Affecteinflüsse zurückzuführen ist deshalb nicht angängig, weil er sich einerseits oft auch ohne jede Affecte vorfindet und andererseits öfters heftige Erregungsaffecte ohne die für den Gefässkrampf charakteristische erhebliche Verminderung der Rückstosselevation vorkommen.

Eine genaue Beobachtung des Contractionszustandes der peripheren Arterien ist deshalb wichtig, weil derselbe bei manchen Psychosen einen vorzüglichen Maassstab für die Krankheitsintensität abgiebt und weil er, wie in der Folge sich ergeben wird, manche therapeutische Indicationen an die Hand giebt.

Wie die Innervation des Herzens und der peripheren Arterien die centrale Temperatur, die Hauttemperatur und die Circulationsverhältnisse des Körpers sowie seine Wärmebilanz beeinflusst, ist bei den Psychosen noch nicht gründlich untersucht. Die sphygmomanometrische Untersuchung (nach Basch) kann oft die sphygmographische Aufnahme in

willkommener Weise hestätigen. Ein Rückschluss von dem Contractionszustand der peripheren Körperarterien auf einen ähnlichen oder gar auf einen entgegengesetzten der Gehirnarterien ist zur Zeit noch nicht gestattet.

Die tägliche Bestimmung der centralen Körpertemperatnr sollte hei keinem Geisteskranken unterlassen werden. Zunächst zeigt die Eigenwärme hei Geisteskranken insofern Ahweichungen, als die Schwankungen der Temperatur innerhalh 24 Stunden erhehlich grösser und unregelmässiger sind als hei dem Gesnnden. Zum Theil sind diese unregelmässigen Schwankungen auf Affectstörungen zu heziehen.

Ahnorme Herahsetznng der Körpertemperatnr ist sehr häufig nnd zwar sowohl hei stuporösen Zuständen, wie in tohsüchtigen Erregungszuständen. In letzteren künden sie oft den hevorstehenden Collaps an. Die tiefsten Temperaturen findet man zuweilen hei Dementia paralytica. Das Herahgehen der Temperatur ist hier zuweilen ein progressives. Schliesslich werden Temperaturen von weniger als 30° erreicht. Fast stets enden diese eigenthümlichen Anfälle nach einigen Tagen tödtlich.

Temperatnrsteigernngen sind gleichfalls hei Geisteskranken sehr häufig. Zunächst ist zu beachten, dass leichte Bronchialkatarrhe, leichte Magenkatarrhe und namentlich Urinretentionen und Ohstipationen hei Geisteskranken nicht selten, jedenfalls viel häufiger als hei Geistesgesunden, schwere Temperatursteigerungen bedingen (bis üher 39,5°). Dass in solchen Fällen in der That die Ohstipation für die Temperatursteigerung verantwortlich zn machen ist, ergieht sich daraus, dass ein erfolgreiches Klysma nicht selten hinnen 2—3 Stunden die Temperatnr um 2½° herahsetzt und damit zur Norm zurückführt.

In anderen Fällen ist die Temperatursteigerung direct durch das Hirnleiden hedingt. Man unterscheidet zweckmässig:

1. Die hysterische Temperatursteigernng: Bei Hysterischen heohachtet man hald kurze Anfälle von Temperatursteigerung, hald wochenlang anhaltende Temperatursteigerungen. Dieselhen können his zu 40° und mehr hetragen. Eine Beziehung der Temperatursteigerung zu Krampfanfällen oder motorischen Erregungszuständen ist oft nicht nachweishar. Zuweilen hestehen zugleich schwere fieherhafte Allgemeinerscheinungen. Da Hysterische häufig Temperaturerhöhungen simuliren, so ist hei der Hysterie eine Temperatursteigerung nur dann anzunehmen, weun der Arzt selhst während der ganzen Procedur der Temperaturmessung zugegen gewesen ist.

2. Die auf excessive motorische Entladungeu zurückzuführende Temperatnrsteigerung. Nach schweren und namentlich nach gehäuften epileptischen nnd anch nach hysterischen Krampf-

anfällen sind hohe Temperaturen sehr häufig. Im sog. Status epilepticus fehlen sie daher selten. Aber auch schwere motorische Agitation als solche führt oft zu hohen Temperatursteigerungen. Namentlich stellen sich solche sehr häufig da ein, wo die motorische Agitation die Begleiterscheinung einer schweren allgemeinen Incohärenz in dem früher erörterten Sinne ist. Sowohl die primäre Incohärenz (z. B. bei der incohärenten Form der Paranoia) wie die secundäre ideenflüchtige und die secundäre hallucinatorische Incohärenz (z. B. bei der sog. Mania gravis, der peracuten und acuten hallucinatorischen Paranoia) zeigen diese Neigung zu Temperatursteigerungen, sobald motorische Agitation hinzutritt. Mitunter dauern solche Anfälle agitirter Incohärenz nur einige Stunden; dann kann man feststellen, dass mit dem Abklingen des Anfalls die Temperatur, welche auf der Höhe des Anfalls bis zu 39,5° gestiegen war, binnen $1/2$ Stunde zur Norm zurückkehrt. In anderen Fällen erstreckt sich die Temperaturerhöhung entsprechend der längeren Dauer der agitirten Incohärenz über Tage und Wochen. Gerade in letzteren Fällen kommt es häufig zu tödtlichem Ausgang. Man hat solche Zustände auch als „Delirium acutum" bezeichnet.

3. Organisch bedingte Temperatursteigerungen. Am häufigsten sind solche bei der Dementia paralytica, gelegentlich finden sie sich auch bei allen anderen organischen Gehirnerkrankungen. Eine besondere Stellung nehmen die Temperatursteigerungen ein, welche in den sogenannten paralytischen Anfällen der Dementia paralytica beobachtet werden. Es sind dies eigenartige Zustände des Sopors oder Comas, welche sich über mehrere Tage erstrecken können und mit halbseitigen Lähmungs- und Krampferscheinungen einhergehen. Bei diesen beobachtet man fast stets Temperatursteigerungen, zuweilen bis über 40°. Nicht selten bestehen dabei erhebliche Differenzen zwischen der rechten und linken Axillartemperatur. Bei Besprechung der Dementia paralytica in der speciellen Pathologie wird eingehend auf diese Anfälle zurückzukommen sein.

Selbstverständlich wird man sich zu der Annahme einer der drei soeben angeführten, mit der Psychose selbst in directerem Zusammenhang stehenden Temperaturerhöhungen nur dann entschliessen, wenn eine peinlich genaue Untersuchung aller Körperorgane keine genügende Erklärung für die Temperatursteigerung ergeben hat.

Splanchnische Störungen.

Störungen in der Innervation der Baucheingeweide sind sehr häufig. Die Störungen der Motilität des Magens sind noch wenig untersucht. In den terminalen Stadien der Dementia paralytica leidet jeden-

falls sehr oft ausser der secretorischen Function auch die motorische Function des Magens erheblich.

Abnorme motorische Reizzustände des Magens sind gleichfalls nicht selten. Erbrechen kommt bei Geisteskranken aus den verschiedensten Ursachen vor. Sehr häufig beruht es auf einem Magenkatarrh. Bei dem morgendlichen Erbrechen des Trinkers handelt es sich um eine Abstinenzerscheinung. Zuweilen beruht das Erbrechen auch darauf, dass die Kranken die Speisen zu hastig und kaum zerkleinert in grosser Menge hinunterschlucken. Namentlich bei Schwachsinnigen beobachtet man dies. Gerade bei diesen kommt es zuweilen auch zu einem regelmässigen Wiederkäuen des durch Erbrechen in die Mundhöhle zurückgelangten Mageninhalts (Merycismus, Rumination). In einer weiteren Reihe von Fällen beruht das Erbrechen auf einer organischen Reizung der centralen Vagusbahnen, so bei der Dementia paralytica, bei Hirntumoren u. s. f. Weiterhin ist das hysterische Erbrechen zu erwähnen. Bei diesem kann die Empfindung der Uebelkeit völlig fehlen. Meist tritt es schon eine Viertelstunde nach Aufnahme der Nahrung ein. Auch die Vorstellung erbrechen zu müssen kann zuweilen zu wirklichem Erbrechen führen. Zuweilen ist das Erbrechen auch auf eine Hyperästhesie oder Hyperalgesie der sensiblen Magennerven zurückzuführen In diesen Fällen pflegt zugleich ein intensiver Magenschmerz nach jeder Nahrungsaufnahme sich einzustellen. Endlich ist bei vielen Geisteskranken das Erbrechen eine Theilerscheinung der sog. Migräne.

Krampfzustände der Pharynxmusculatur liegen oft dem sog. Globus hystericus zu Grunde. Stunden und Tage lang kann durch dieselben jedes Schlucken unmöglich werden. Auch bei schweren acuten nichthysterischen Psychosen, namentlich bei den acuten Formen der Paranoia, beobachtet man solche Schlingkrämpfe. In seltenen Fällen ist der Oesophagus selbst Sitz des Krampfes: die Nahrung wird dann erbrochen, bevor sie den Magen erreicht.

Von noch grösserer Bedeutung sind die Störungen der Darminnervation bei den Geisteskranken. Bei manchen Psychosen, so z. B. bei der Melancholie, ist fast stets die Darmperistaltik abnorm träge. So kommt es gelegentlich zu schweren Obstipationen. Ueber 14 Tage kann in den schwersten Fällen jede Defäcation ausbleiben. Mangelhafter Tonus der Darmmusculatur bedingt nicht selten ausgeprägten Meteorismus. Letzterer gewinnt nicht selten dadurch eine specielle Bedeutung, dass die Kranken allerhand Wahnideen an ihn knüpfen, so z. B. den Wahn schwanger zu sein oder den Wahn „monatelanger Anhäufung von Kothmassen im Darm". — Eine Steigerung der Darmperistaltik ist erheblich seltener. Ist dieselbe mit einer Steigerung der Secretion der Darmwandungen resp. mit einer Verringerung der

Resorptionsfähigkeit verknüpft, so kommt es zu schweren Diarrhöen. Namentlich bei dem sog. neurasthenischen Irresein beobachtet man solche neuropathischen Durchfälle nicht selten. Dass Affecte und Vorstellungen zuweilen auch hierbei mitwirken können, wurde früher bereits erwähnt.

An dieser Stelle soll auch der Störungen in der Function der Genitalorgane gedacht werden.

Menstruationsstörungen sind ungemein häufig. In vielen Fällen beruhen dieselben allerdings auf einer nachweisbaren*) Erkrankung der Genitalien oder auf einem constitutionellen Allgemeinleiden (Anämie). In anderen stehen sie in directem Zusammenhange mit der Psychose. So beobachtet man im Verlauf der Melancholie öfters eine erhebliche Verspätung der Menses und selbst eine langdauernde Amenorrhoe. Mit der Genesung pflegt in solchen Fällen die Menstruation wieder regelmässig einzutreten. Auch bei manchen Intoxicationspsychosen kommt es zu Amenorrhoe, so z. B. bei dem alkoholistischen Irresein sowie bei chronischem Morphinismus. Zuweilen verknüpft sich diese Amenorrhoe mit einer Atrophie des Uterus.

Seltenere Erscheinungen sind abnorm profuse Vaginalsecretionen, Vaginismus u. dgl.

Bei dem männlichen Geschlecht ist die Impotenz und zwar speciell die Erectionsunfähigkeit praktisch am wichtigsten. In vielen Fällen ist dieselbe psychisch bedingt. Die Vorstellung impotent zu sein ruft eine factische Impotenz hervor. In anderen Fällen beruht letztere auf einer Erschöpfung der centralen Centren der Erection, so z. B. bei langjährigen Masturbanten, oder auf organischer Zerstörung derselben Centren oder der zugehörigen Leitungsbahnen, so z. B. bei Dementia paralytica (namentlich bei der mit Tabes complicirten Form der letzteren).

Störungen der Blaseninnervation äussern sich bald als Incontinenz, bald als Urinretention, bald als pathologischer Urindrang. Incontinenz weist fast stets, wofern ein locales Leiden fehlt, auf eine organisch bedingte Psychose hin. Oft ist sie mit Incontinentia alvi verknüpft. Urinretention beruht bald auf einer Lähmung des Detrusor vesicae (so bei Dementia paralytica), bald auf einem Krampf des Sphincter vesicae (so meist bei der Hysterie). Nicht selten unterdrücken Geisteskranke auch auf Grund von Wahnideen das Uriniren tagelang. In solchen Fällen kann mitunter geradezu auch eine Incontinenz vorgetäuscht werden, indem trotz aller Macht der Wahnvorstellung ab und zu etwas Urin aus der überfüllten Blase abträuft. Pathologischer

*) Die Exploration per vaginam ist bei Geisteskranken nur dann vorzunehmen, wenn eine erhebliche Wahrscheinlichkeit für eine Erkrankung der Genitalien vorliegt. In vielen Fällen beeinflusst sie den psychischen Zustand durchaus ungünstig.

Urindrang beruht meist auf einer abnormen Hyperästhesie der Blasenschleimhaut. Er findet sich namentlich bei dem hysterischen und neurasthenischen Irresein. Oft beruht die Hyperästhesie auf excessiv getriebener Onanie.

Endlich sei hier anch anhangsweise der Störungen des Schlafes gedacht. Dieselben sind bei Psychosen sehr häufig. Bald heruhen sie auf affectiven Erregungen (primäre Affectstörungen, erregende Wahnideen oder Hallucinationen), bald auf gesteigertem Bewegungsdrang, bald endlich finden wir eine primäre Agrypnie (Schlaflosigkeit), für welche specielle Ursachen sich nicht nachweisen lassen. In der speciellen Pathologie werden diese Schlafstörungen noch öfter zu erwähnen sein.

Wachsthumsstörungen oder Entwicklungshemmungen.

Wie in der allgemeinen Aetiologie ausführlicher zu erörtern sein wird, entwickeln sich viele Psychosen in einem Körper, dessen erste Anlage und dessen Wachsthum in den ersten Lebensmonaten und Lebensjahren von der Norm abwich. Die körperlichen Zeichen, in welchen sich eine solche Störung der Anlage und Entwicklung verräth, bezeichnet man auch kurz als „körperliche Degenerationszeichen". Die wichtigsten derselben sind

1. Abnorme Schädelbildungen. In vielen Fällen beruhen dieselben nicht auf einfachen Entwicklungshemmungen, sondern auf angeborenen constitutionellen Krankheiten (Syphilis, Rachitis) oder auf Traumen (Zangengeburt). Wo einfache Entwicklungshemmung vorliegt, handelt es sich meist um Asymmetrien. Am Gesichtsschädel beobachtet man Progeneität.

2. Abnorme Gaumenbildung: gespaltene Uvula, Hasenscharte, Wolfsrachen.

3. Verbiegungen der Wirbelsäule, angeborene Luxationen, mangelhafte Extendirbarkeit der Endphalangen der fünften Finger, Polydaktylie und Syndaktylie.

4. Unregelmässige, weite Stellung der Zähne, partielle Persistenz des Milchgebisses, Fehlen der Eckzähne oder der lateralen Schneidezähne.

5. Angeborenes Colobom, asymmetrische Färbung oder Fleckung der rechten und linken Iris, ovale Form und excentrische Lage der Pupille, längliche Verziehung der Papille, abnorme Lage des Austritts der Art. centralis retinae.

6. Mangelhafte oder abnorme Differenzirung der charakteristischen Erhebungen und Vertiefungen des äusseren Ohres: Verkümmerung der Crura anthelicis, Verengung der Fossa helicis, Defecte oder übermässige Umschlagung des Helix am freien Rande, Spinae helicis, Querbalken in

der Fossa helicis, flügelförmiges Abstehen der Ohren vom Kopf, Uebergang des Ohrläppchens mittels langer Hautfalte in die Wangenhaut.

7. Abnorme Bildung der Genitalien: Epispadie, Hypospadie, Kryptorchismus, abnorme Kleinheit der Hoden, abnorme Insertion des Frenulum praeputii, Azoospermie, Aspermie; infantiler Uterus, Atresie der Vagina, partielle oder vollständige Verdoppelung des Scheidenuteruskanals.

8. Haarwuchs von abnormer Localisation (so bei Spina bifida), Verdoppelung des Haarwirbels.

Von manchen Autoren sind auch Hernien, Plattfuss, Mammahypertrophie, Phimose u. a. m. als Zeichen der Entwicklungshemmung angesprochen worden.

Wenn die Entwicklungshemmung das Centralnervensystem selbst, oder einen Theil desselben betrifft, so findet man allerhand Innervationsstörungen. Besonders häufig sind z. B. congenitale Asymmetrien der Facialisinnervation. Auch manche Fälle von congenitalem Strabismus, Nystagmus, Stammeln u. dgl. gehören hierher.

Auf die Bedeutung dieser „Degenerationszeichen" wird in der allgemeinen Aetiologie sowie bei Besprechung des sog. „degenerativen Irreseins" ausführlicher zurückgekommen werden.

II. Lehre vom allgemeinen Verlauf der Psychosen.

Die psychopathischen Symptome treten zu einem psychopathischen Zustand zusammen. Solcher psychopathischer Zustände giebt es sehr viele. Die wenigsten derselben sind mit eigenen Namen belegt worden. Unter den Symptomen, welche einen bestimmten einzelnen psychopathischen Zustand zusammensetzen, unterscheidet man zweckmässig Primärsymptome und Secundärsymptome. Die letzteren sind dadurch ausgezeichnet, dass sie nur Folgeerscheinungen der ersteren sind. Die Primärsymptome sind das eigentlich Pathologische, die Secundärsymptome stellen nur die Reactionen dar, mit welchen die verschiedenen psychischen Functionen auf erstere antworten. In diesen Reactionen an sich liegt nichts Pathologisches, sie stellen vielmehr nur die natürliche Consequenz der Primärsymptome dar. So ist z. B. der sog. „hallucinatorische Stupor" ein bestimmter, sehr häufiger psychopathischer Zustand. Derselbe setzt sich im Wesentlichen aus folgenden Symptomen zusammen:

1. Hallucinationen.
2. Illusionen.
3. Wahnideen.
4. Aprosexie.

5. Denkhemmung.
6. Motorischer Hemmung.
7. Affectveränderungen, z. B. Angst.

Von diesen Symptomen sind nur die beiden erstgenannten, also die Hallucinationen und Illusionen, Primärsymptome. Alle anderen sind Secundärsymptome. So entsteht z. B. die Wahnidee direct auf Grund der Sinnestäuschungen. Stimmen rufen dem Kranken zu, wenn er sich rühre, sei er des Todes, und es ist eine erklärliche, kein neues pathologisches Moment involvirende Folgeerscheinung, wenn der Kranke sich auf Grund dieser Stimmen verfolgt w ä h n t. Ebenso leuchtet sofort ein, dass die Angst eines solchen Kranken lediglich ein Secundärsymptom ist, und auch die verschiedenen sub 4—6 aufgezählten Hemmungserscheinungen, also die 3 Corollarsymptome:*) Aprosexie, Denkhemmung und motorische Hemmung, sind, wie aus früheren Erörterungen hervorgeht, als Folgeerscheinungen der primären Hallucinationen oder Illusionen und der diese begleitenden Affecte aufzufassen.

Diese Zerlegung eines jeden psychopathischen Zustandes in seine Primär- und Secundärsymptome ist von der grössten Wichtigkeit für die Diagnose und überhaupt für die Beurtheilung einer Geistesstörung im Einzelfall. Dabei muss man stets im Auge behalten, dass fast jedes Symptom sowohl als Primär- wie als Secundärsymptom auftreten kann. So ist z. B. die Angst oft Primärsymptom und führt zu secundären Wahnvorstellungen**) der Verschuldung, Verarmung, Verfolgung u. s. w. In anderen Fällen ist die Wahnidee der Verschuldung, Verarmung oder Verfolgung das Primärsymptom, und die Angst ist nur eine secundäre, bei aller praktischen Wichtigkeit doch kein neues pathologisches Moment darstellende Folgeerscheinung der Wahnidee. Es ist daher immer eine der ersten Aufgaben des untersuchenden Arztes, festzustellen, ob die einzelnen Symptome eines psychopathischen Zustandes Primär- oder Secundärsymptome sind. Durch aufmerksame Beobachtung und geschickte Fragestellung gelingt diese Feststellung fast stets. Oft genügt z. B. die directe Frage: Kommen Ihnen diese Gedanken nur in der Angst? (d. h. sind die Wahnideen secundär und die Angst primär?) und die correspondirende Frage: Haben Sie nur deshalb solche Angst, weil Sie glauben, dass . . . u. s. f.? (d. h. ist die Wahnidee primär und die Angst secundär?). Die meisten Kranken geben hierauf eine dem thatsächlichen Sachverhalt entsprechende Ant-

*) d. h. coordinirte Theilsymptome ein und derselben Störung.

**) Wir bezeichneten diese secundären Wahnvorstellungen daher auch als Erklärungsversuche der Angst.

wort. Vielfach giebt das zeitliche Verhalten der Symptome einen weiteren Anhalt für die Bestimmung ihres causalen Zusammenhangs. Erstens sind nämlich die Primärsymptome die continuirlicheren, die Secundärsymptome treten meist mehr als gelegentliche Zugaben auf. Ist z. B. die Angst primär, so wird es zuweilen vorkommen, dass Angst ohne Wahnideen besteht, und umgekehrt werden wir, wenn die Wahnidee primär ist, zuweilen Wahnideen ohne Angst finden. Zweitens treten die Primärsymptome gewöhnlich auch zeitlich vor den Secundärsymptomen auf. Dies zeitliche Verhältniss ist häufig auch auf der Krankheitshöhe noch leicht zu constatiren. Man fragt den Kranken: „Was kommt zuerst, die Angst oder die ängstigenden Gedanken?" Antwortet der Kranke, zuerst trete die Angst auf, so ist sehr wahrscheinlich die Angst auch primär, während im umgekehrten Fall die Wahnidee das Primärsymptom ist. Noch weit wichtiger ist die Feststellung, welches Symptom im ganzen Krankheitsverlauf, also nicht im einzelnen Augenblick auf der Höhe der Krankheit, sondern bei der Krankheitsentwicklung zuerst aufgetreten ist. Die Primärsymptome sind meist zugleich Frühsymptome, die Secundärsymptome Spätsymptome der Psychose. Die schematische Frage, welche der Arzt in dieser Richtung an den Kranken zu stellen hat, lautet: Womit hat die Krankheit begonnen, mit Beängstigungen oder mit dem Gedanken, dass . . . u. s. w.? Die Secundärsymptome sind auch zeitlich secundär, oft stellen sie sich erst Wochen und Monate nach dem Auftreten der Primärsymptome ein.

Das causale Verhältniss zwischen den Primärsymptomen und den Secundärsymptomen muss nicht während des ganzen Krankheitsverlaufs in allen Fällen bestehen bleiben. Bei chronischem Verlauf findet man nicht selten, dass sich schliesslich die Secundärsymptome von den Primärsymptomen unabhängig machen oder loslösen. Am häufigsten geschieht dies mit den Wahnvorstellungen, welche secundär aus primären Affectanomalien hervorgehen. So kann z. B. eine Psychose mit primärer Traurigkeit und Angst beginnen. Später treten secundäre Wahnvorstellungen der Verschuldung hinzu. Nimmt nun die Psychose einen ungünstigen Verlauf, so findet man oft, dass die Affecte, also Traurigkeit und Angst, abklingen, aber die Wahnvorstellungen bleiben. Die Wahnideen sind unabhängig von den Affectanomalien geworden, oder, mit anderen Worten, sie haben sich mit dem Abklingen der Affecte selbständig gemacht und zum Rang von Primärsymptomen erhoben. Die Feststellung eines solchen Thatbestandes trübt die Prognose erheblich.

Umgekehrt findet man in anderen Fällen häufig, dass bei chronischem Verlauf die auf der Krankheitshöhe hinzugetretenen Secundärsymptome sich wieder verlieren. Am Schluss des Krankheitsverlaufes stehen die Primärsymptome wiederum isolirt da. So beobachtet man

dies namentlich sehr häufig bei primären Wahnvorstellungen. Auf der Krankheitshöhe führen dieselben zu heftigen secundären Affectanomalien und dementsprechenden Handlungen. Bei chronischem Krankheitsverlauf ist man oft erstaunt schliesslich zu beobachten, dass der Kranke seine Wahnvorstellungen fast affectlos äussert und für sein Handeln keine Consequenzen mehr aus denselben zieht. Der Kranke hat sich an seine Wahnvorstellungen gewöhnt, die Secundärsymptome auf dem Gebiete der Affecte und des Handelns sind abgeblasst. Aehnlich verhalten sich häufig die Affectstörungen und Anomalien des Handelns, welche secundär zu primären Hallucinationen hinzugetreten sind. Bei chronischem Verlauf klingen sie allmählich ab. Der Kranke lernt nicht selten bis zu einem gewissen Grade seine Hallucinationen und die aus ihnen entsprungenen Wahnideen ignoriren. Die Secundärsymptome auf dem Gebiete der Affecte und des Handelns sind auch hier verschwunden. Auch dies Verhalten ist prognostisch meist von ungünstiger Vorbedeutung.

Mehrere psychopathische Zustände treten zu einer Psychose in bestimmter Reihenfolge zusammen. Sehr wenige Psychosen bieten während ihres ganzen Verlaufes stets nur ein einziges Zustandsbild, d. h. einen einzigen Complex von Hauptsymptomen dar. Die meisten Psychosen durchlaufen eine Reihe von Zuständen in regelmässiger Reihenfolge. Bei der Darstellung der einzelnen Psychosen wird für jede einzelne genau angegeben werden, welche Zustände und in welcher Reihenfolge sie dieselben durchläuft. Hier sollen nur einige allgemeinere Gesichtspunkte erwähnt werden.

Zunächst haben viele Psychosen ein Prodromalstadium. So geht z. B. der Manie, welche auf der Krankheitshöhe nur einen einzigen Zustand mit den beiden Hauptsymptomen der Exaltation und Ideenflucht darstellt, fast stets ein Stadium krankhafter Depression voraus. In diesen Prodromalstadien sind meist die intellectuellen Symptome, also die Störungen der Ideenassociation und die Empfindungsfälschungen (Hallucinationen u. s. w.) noch wenig ausgesprochen, und nur affective Anomalien kündigen die bevorstehende Krankheit an. Auch ein affectives Nachstadium, d. h. ein Nachstadium mit Krankheitserscheinungen vorwiegend auf dem Gebiet der Affecte, ist sehr häufig. So schliesst die ebengenannte Manie z. B. sehr häufig mit einem Nachstadium einer eigenartig weinerlich-reizbaren Verstimmung ab. Noch regelmässiger ist ein solches Nachstadium bei der Melancholie. Diese zeigt auf der Krankheitshöhe einen einzigen psychopathischen Zustand, dessen Hauptsymptome Denkhemmung und krankhafte Depression sind. Geht die Psychose in Heilung über, so schliesst sich an das Haupt-

stadium ein eigenartiges Nachstadium, dessen Hauptsymptom eine krankhafte Heiterkeit ist. Der Kranke fällt scheinbar in das entgegengesetzte Extrem. Man bezeichnet diese krankhafte Exaltation der Reconvalescenz auch kurz als reactive Hyperthymie. In analoger Weise kann man die eben erwähnte Weinerlichkeit der genesenden Manie als eine reactive Depression bezeichnen. Alle psychopathischen Zustände, deren Hauptsymptom eine einseitige Affectstörung, Exaltation oder Depression ist, haben eine solche Neigung, bei ihrem Verschwinden einer entgegengesetzten Zustandsphase, also einer reactiven Depression oder einer reactiven Hyperthymie Platz zu machen. Meist ist die Intensität der reactiven Affectanomalie erheblich geringer als diejenige der ursprünglichen. Mitunter wird jedoch die gegensinnige Affectschwankung so stark, dass sie ein neues Hauptstadium der Psychose darstellt. Zwei derartige coordinirte gegensinnige Phasen bilden zusammen einen sog. Cyclus. In der Regel ist der weitere Verlauf einer solchen Psychose der, dass nach einem kürzeren oder längeren Intervall derselbe Cyclus sich wiederholt, und in vielen Fällen kehren diese Cyclen das ganze Leben hindurch immer wieder. Das allgemeine Schema eines solchen Verlaufs würde somit sein

entweder: Depression, Exaltation, Intervall, Depression, Exaltation, Intervall, Depression, Exaltation u. s. f.

oder: Exaltation, Depression, Intervall, Exaltation, Depression, Intervall, Exaltation Depression u. s. f.

Das psychische Gleichgewicht und zwar speciell das Gleichgewicht der Affecte kehrt hier niemals wieder dauernd zurück, sondern es findet ein fortwährendes Oscilliren um die normale Affectlage statt. Man bezeichnet einen derartigen Verlauf als circulären Verlauf. Besonders die Psychosen schwer erblich belasteter Individuen neigen zu diesem circulären Verlauf. Aehnlich wie die Affectstörungen können auch Beschleunigung und Verlangsamung der Ideenassociation sich in regelmässigen Cyclen ablösen.

In anderen Fällen beobachtet man, dass die Psychose nur ein Hauptzustandsbild mit wenig ausgesprochenem Vor- und Nachstadium durchläuft, dass sie aber in gewissen Zwischenräumen wiederkehrt. Man spricht in solchen Fällen von einem recidivirenden Verlauf. Sind die Zwischenräume, in welchen die Psychose sich wiederholt, regelmässige d. h. stets annähernd gleich lang, so bezeichnet man die Gesammtheit dieser Einzelerkrankungen als periodisches Irresein. Zwischen dem periodischen und dem recidivirenden Verlauf besteht eine principielle Verschiedenheit, insofern bei ersterem für jedes neue Recidiv eine Gelegenheitsveranlassung sich nachweisen lässt, während bei letzterem in bestimmten Intervallen die Psychose wiederkehrt, ohne dass für den

jeweiligen Wiederausbruch eine Ursache sich ausfindig machen lässt. Bei ersterem handelt es sich daher auch nicht eigentlich um eine besondere Weise des Verlaufs, sondern um wirkliche Nenerkrankungen, während bei dem periodischen Verlauf die Einzelerkrankungen in der That nur einzelne Phasen im Verlauf einer Gesammtpsychose, eben des sog. periodischen Irreseins, sind. Bei dem letzteren ist mit der ersten Erkrankung schon die ganze Reihe der folgenden Erkrankungen gegeben, während das Eintreten der Recidive im ersterwähnten Falle von bestimmten Gelegenheitsursachen abhängig ist. Man hat die Bezeichnnng „periodisches Irresein" weiter auch auf solche Fälle ausgedehnt, in welchen die psychischen Erkrankungen in regelmässigen Intervallen auftreten, aber unter sich sehr verschieden sind. So kaun z. B. die erste Erkrankung eine Manie, die zweite eine hallucinatorische Paranoia, die dritte und vierte wieder eine Manie darstellen u. s. f. Wir sprecben dann von einem polymorphen periodischen Verlauf. Die Ursache dieser eigenthümlichen Periodicität im Verlauf mancher Psychosen ist noch ganz unaufgeklärt. Eine Beziehung zu Malaria ist sehr selten. Bei weiblichen Individnen stehen die einzelnen Anfälle nicht selten mit der Menstruation in Zusammenhang. Wir wissen sonst mit Sicherheit nur, dass im Ganzen auch hier besonders schwer erblich belastete Individuen zu Psychosen mit periodischem Lauf neigen.

Von dem periodischen Verlanf ist der remittirende Verlauf scharf zu unterscheiden. Letzterer ist dadurch ausgezeichnet, dass das Hanptstadium der Psychose in regelmässigen oder unregelmässigen Intervallen Remissionen zeigt. Znweilen sind dieselben so erheblich, dass eine wirkliche Intermission vorgetäuscht wird. Remittirender Verlauf ist bei den verschiedenen Formen der Paranoia am häufigsten, doch findet man ihn anch bei organischen Psychosen (Dementia paralytica). Bei Erblichbelasteten ist er nicht häufiger als bei Unbelasteten.

Psychosen, welche während ihres ganzen Verlaufs — abgesehen von dem eben erwähnten Vor- und Nachstadium sowie von etwaigem circulären, periodischen oder remittirenden Verlauf — nur ein Hanptstadium durchmachen, bezeichnet man als einfache Psychosen. Als zusammengesetzte oder polymorphe Psychosen bezeichnet man solche, welche während ihres Verlaufes mehrere verschiedene Hauptstadien dnrchlaufen. Die Erforschnng dieser polymorphen Psychosen ist noch in hohem Maasse rückständig. Wir können heute nur soviel sagen, dass die polymorphen oder zusammengesetzten Psychosen besonders folgenden Verlauf zu bevorzugen scheinen:

1. Depressives Stadium.
2. Hyperthymisches Stadium.
3. Stadium der Verwirrtheit.
4. Schwachsinn.

Im Stadium der Verwirrtheit ist meist der beginnende Schwachsinn bereits deutlich nachzuweisen. Man hat alle in dieser Weise verlaufenden Psychosen auch als „Vesania typica“ (Kahlbaum) hezeichnet. Sehr häufig zeigt auch die Dementia paralytica oder progressive Paralyse der Irren einen ausgesprochen polymorphen Verlauf.

Je nach der Geschwindigkeit, mit welcher die einzelnen psychopathischen Symptome und Zustände im Verlaufe der Psychose aufeinander folgen, bezeichnet man die Psychose als acut, subacut oder chronisch. Diese Begriffe werden jedoch in der Psychiatrie nicht in ganz derselben Bedeutung wie in der inneren Medicin gebraucht. Zunächst ist vor allem zwischen acuter und chronischer Entstehung und acutem und chronischem Gesammtverlauf zu unterscheiden. Man schreibt in der Psychiatrie solchen Psychosen acute Entstehung zu, deren Hauptsymptome innerhalb kurzer Frist — höchstens binnen einiger Wochen — im Wesentlichen zur vollen Entwicklung gelangt sind, und sieht dabei von den obenerwähnten Prodromalstadien, welche sich oft über mehrere Monate erstrecken, völlig ab. So wird die Manie z. B. in der Regel als eine acute Psychose aufgefasst, obwohl die prodromale Depression wochenlang vorhergeht.

Es kommt eben bei der Entscheidung, ob acute Entstehung oder nicht, lediglich auf die Entwicklung der primären Hauptsymptome an. Das beste Beispiel einer chronischen Entstehung liefert die sog. Paranoia chronica simplex. Das primäre und einzige Hauptsymptom dieser Psychose ist die Bildung von Wahnvorstellungen. Diese Psychose entwickelt sich nun in der Regel nicht so, dass plötzlich eines Tages eine oder mehrere Wahnideen auftauchen, sondern meist zeigt der Kranke zunächst monatelang ein eigenthümliches Misstrauen: seine Umgebung erscheint ihm unheimlich und verändert, und allmählich erst nimmt dieses unbestimmte Misstrauen bestimmtere Gestalt an und wird schliesslich in bestimmten Verfolgungsideen formulirt. In dem initialen Misstrauen dieser Kranken ist das Hauptsymptom der Krankheit bereits enthalten. Das pathologische Misstrauen enthält gewissermaassen schon die Keime zu allen späteren Verfolgungsideen. Im Verlauf von Monaten und selbst von Jahren reifen die letzteren allmählich aus. Eine solche Entwicklung ist eine chronische.

Von der acuten und chronischen Entstehung der Psychosen ist der acute und chronische Gesammtverlauf zu unterscheiden. Eine Psychose, welche sehr acut eingesetzt hat, kann weiterhin einen chronischen Verlauf nehmen; dagegen kommt es allerdings im Allgemeinen nicht vor, dass eine Psychose, deren Entwicklung in dem oben angegebenen Sinne eine

chronische war, späterhin ausgesprochen acut verläuft. Ein allgemeingiltiges Merkmal anzugeben, welches den chronischen Verlauf anzeigt, ist nicht möglich. Ein solches existirt nicht. Vielmehr wird für jede einzelne Psychose, welche sich acut entwickelt, anzugeben sein, an welchen Merkmalen man erkennt, dass sie einen chronischen Charakter annimmt. So deutet z. B. bei vielen Psychosen der Eintritt eines Intelligenzdefects (Gedächtniss- und Urtheilsschwäche) auf einen Uebergang in chronischen Verlauf. Bei anderen Psychosen hat die ausgiebigere Systematisirung der Wahnvorstellungen eine solche ominöse Bedeutung. Bei Psychosen mit secundären affectiven Wahnvorstellungen ist ein chronischer Verlauf dann wahrscheinlich, wenn in der oben beschriebenen Weise die Wahnvorstellungen sich von den primären Affecten, aus denen sie entsprungen sind, unabhängig machen und gelegentlich auch ohne solche auftreten. Im Allgemeinen spricht es auch für chronischen Verlauf, wenn die affective und motorische Reaction auf Wahnvorstellungen oder Hallucinationen allmählich nachlässt, wenn also der Kranke gleichgültiger gegen seine Wahnideen und Sinnestäuschungen wird. Ganz allgemein muss schliesslich hervorgehoben werden, dass die Geisteskrankheiten überhaupt durchschnittlich erheblich langsamer verlaufen als die meisten somatischen Krankheiten. Es giebt allerdings Geistesstörungen, welche in einigen Tagen, und selbst solche, welche in einigen Stunden ablaufen; man bezeichnet dieselben als „transitorisches Irresein". Dies sind jedoch seltene Ausnahmen. Diejenigen Psychosen, deren Entwicklung in dem oben erörterten Sinn im höchsten Maass als acut zu bezeichnen ist, dauern bis zur Heilung selbst im günstigsten Fall doch mindestens 2—3 Monate und zuweilen 6—9 Monate und mehr. Auch bei solchen spricht man trotz der längeren Dauer nicht von einem chronischen Verlauf. Psychosen können Monate lang ihren acuten Charakter bewahren. Chronischer Verlauf bedeutet also nicht einfach nur langsamen Verlauf, — ein solcher kommt in gewissem Maasse auch den Psychosen mit acutem Verlauf zu — sondern bedeutet in der Psychiatrie direct dauernde Fixirung der Krankheitssymptome und ist somit in noch weit höherem Maasse als in der inneren Medicin mit Unheilbarkeit identisch.

In der speciellen Psychiatrie wird im Folgenden die Bezeichnung acut stets mit Bezug auf die Entstehung der Psychose, also im Sinn von „acut entstanden" angewandt werden. Die Bezeichnung chronisch soll analog im Folgenden bedeuten „chronisch entstanden". Bei den Psychosen, welche acut entstanden und nachträglich in chronischen Verlauf übergegangen sind, soll für das chronische Schlussstadium das Adjectiv chronisch gelegentlich auch gebraucht werden, doch hat man meist für diese Schlussstadien eigene Bezeichnungen, welche die Anwendung des Wortes „chronisch" überflüssig machen. So

verbindet sich, wie bereits oben erwähnt, mit dem chronischen Verlauf oft ein zunehmender Intelligenzdefect; man bezeichnet daher dies chronische Schlussstadium der Krankheit meist als „secundäre Demenz“ und sagt daher nicht: „die Psychose ist chronisch geworden“, sondern „die Psychose ist in secundäre Demenz übergegangen“. Von einem Uebergang in chronischen Verlauf pflegt man nur dann zu sprechen, wenn der klinische Symptomencomplex im Wesentlichen unverändert bleibt, wenn also z. B. die Wahnideen sich fixiren und systematisirt werden, ohne dass ein Intelligenzdefect hinzutritt.

III. Allgemeine Diagnostik.

Die allgemeine Diagnostik hat das Schema anzugeben, nach welchem der Arzt bei der Feststellung und Verwerthung der Symptome behufs der Diagnose am zweckmässigsten vorgeht. Die erste Aufgabe des Arztes wird die Feststellung des gegenwärtigen Zustandes, des Status praesens sein. Hierfür bewährt sich folgendes Schema.

A. Körperlicher Zustand.

Grösse. Gewicht. Knochenbau. Schädelconfiguration[1] (Länge, Breite, Umfang, Symmetrie). Muskelentwicklung. Fettpolster. Hautelasticität. Haarwuchs. Aeussere Ohren. Iris (Arcus senilis u. s. w.). Gaumen. Zähne. Zunge (belegt? unbelegt? Narben?).

Herztöne. Herzdämpfung. Hautfarbe des Gesichts. Färbung der Conjunctiva.[2] Farbe und Temperatur der Haut in den peripheren Körpertheilen. Vasomotorisches Nachröthen. Centrale Körpertemperatur. Beschaffenheit der Arterienwandungen (geschlängelt? rigid?). Contractionszustand der Arterien. Höhe, Unterdrückbarkeit, Regelmässigkeit, Form[3] der Blutwelle. Schweisssecretion.

Lungenspitzen. Verschieblichkeit der unteren Lungengrenzen. Respiration. Leberdämpfung. Drüsenschwellungen. Beschaffenheit der medialen Tibiaflächen (Rauhigkeiten!). Genitalien (Narben!). Menstruation. Urin (Reaction, Eiweiss- und Zuckergehalt u. s. w.). Stuhlgang.

Pupillen (weit oder eng, gleich, rund oder oval oder verzogen?). Directe und synergische Lichtreactionen. Convergenzreactionen.

[1] Vorzügliche Dienste zur genaueren Feststellung der Schädelconfiguration leistet die craniographische Methode Rieger's.

[2] Eventuell Blutkörperchenzählung.

[3] Eventuell sphygmographische Darstellung (Dudgeonscher Sphygmograph) und sphygmomanometrische Feststellung des Blutdrucks (nach Basch).

Augenbewegungen. Secundäre Innendeviation. Doppelbilder.
Weite der Augenspalte. Stirnrunzeln. Augenzukneifen.

Mundfacialisinnervationen in Ruhe, mimisch, beim Sprechen, beim Zungenvorstrecken, activ (Mundspitzen, Zähnefletschen).

Gaumenhebung bei Phonation (Deviationen der Uvula sind bedeutungslos).

Zungenvorstrecken (gerade oder mit Deviation?[1]) unter ataktischem Schwanken oder fibrillär zitternd oder ruhig?).

Grobe motorische Kraft und Coordination der Arm- und Beinbewegungen. Zittern der Extremitäten bei activer Einnahme von Ruhestellungen (statischer Tremor z. B. beim Spreizen der Finger) oder bei willkürlichen Bewegungen (Intentionstremor) oder bei schlaffer Ruhe. — Romberg'sches Schwanken. Gang.

Spracharticulation: Spontansprechen. Nachsprechen. Bezeichnen von Gegenständen (nach dem Gehör, dem Gefühl, dem Sehen u. s. w.). Schrift: Dictatschreiben, Spontanschreiben, Nachschreiben, schriftliches Benennen von Gegenständen.

Kniephänomen. Achillessehnenphänomen. Fussclonus. Anconeussehnenphänomen. Idiomusculäre Erregbarkeit (im Allgemeinen am besten am Biceps des Armes zu prüfen).

Plantarreflexe. Cremasterreflexe. Epigastrische Reflexe. Gaumenreflexe.

Sehschärfe. Gesichtsfelder.[2]) Ophthalmoskopischer Befund. Leseprobe.

Hörschärfe resp. Hörweite. Otoskopischer Befund. Craniotympanale Leitung.

Werden Perubalsam und Ac. aceticum rechts und links gleich stark gerochen oder nicht?

Berührungsempfindlichkeit. Schmerzempfindlichkeit (herabgesetzt oder gesteigert? werden symmetrische Stiche symmetrisch empfunden?). Localisationsfehler für Berührungen. Muskelgefühl.

Spontane Schmerzen. Parästhesien.

Druckpunkte (Kopfpercussion, Gesichtsnervenaustritte, Dornfortsätze der Wirbelsäule, Intercostalräume, Iliacalgegend, Mammae u. s. w.).

Schlaf. Hunger, Durst.

B. Psychischer Zustand.

I. Gesichtsausdruck. Gesticulation. Sprechweise (rasch oder langsam, laut oder leise, in Sätzen oder ohne Satzzusammenhang, mit oder ohne

---

[1]) Bekanntlich liegt die Lähmung auf der Seite der Deviation vor.

[2]) Eventuell perimetrische Untersuchung, namentlich auch für Farben.

affective Betonung u. s. w). Handlungen: spontane Bewegungen (liegt, sitzt, geht der Kranke? Wäscht, kämmt, kleidet und nährt sich der Kranke spontan und in normaler Weise? Befriedigt er seine Bedürfnisse in normaler Weise? Sexuelles Verhalten. Verkehr mit den Angehörigen. Berufsthätigkeit. Beschäftigung ausserhalb der letzteren. Schlaf); aufgetragene Bewegungen (Vorstrecken der Zunge, Greifen nach Gegenständen: werden solche überhaupt ausgeführt, langsam oder rasch u. s. w.?). Reaction auf passive Bewegungen.

II. Empfindungen: Secundärempfindungen, Illusionen, Hallucinationen.

III. Gefühlstöne und Affecte; Welches ist die Grundstimmung? Traurigkeit, Reizbarkeit, Heiterkeit, Angst? Bestehen diese Verstimmungen continuirlich oder treten sie anfallsweise auf [1]) oder wechseln die Stimmungen auffällig rasch? Welches ist ihr Inhalt, welches ihre Motive? Körperliche Begleitempfindungen dieser Verstimmungen. Oder ist das Gefühlsleben herabgesetzt (Gleichgültigkeit gegen Beruf und Angehörige, gegen Naturschönheiten, Lectüre u. s. w.)? Ethische Gefühlstöne.

IV. Erinnerungsbilder: Fähigkeit, abwesende Personen und Oertlichkeiten sich vorzustellen. Sind auch complicirtere Begriffe vorhanden (Was ist Dankbarkeit? Wie nennt man es, wenn Jemand schlecht gegen einen Wohlthäter handelt u. s. w.)? Erhaltung der Erinnerungsbilder in ihren associativen Verknüpfungen und in ihrer chronologischen Ordnung. Fragen nach den Schulkenntnissen, entsprechend dem Bildungsgange (7×8? 7×18?[2]) 7×188?) geographische, historische Fragen: Hauptstadt von Deutschland, von Schweden? Deutsch-französischer Krieg? Aufzählen der Wochentage, der Himmelsrichtungen, der Monate u. s. f.). Fragen nach den jetzigen Verhältnissen des Kranken (Aufzählen der Kinder, Angabe ihrer Geburtstage, Jahr der Verheirathung, Einwohnerzahl des Wohnorts, Bürgermeister, Abgeordneter des Wohnorts, Vermögensverhältnisse des Kranken u. dgl.). Fragen nach den früheren und namentlich nach den jüngsten Erlebnissen (wie haben Sie den gestrigen, den vorgestrigen Tag zugebracht, welche Besuche empfangen, was zu Mittag gegessen?). Fähigkeit, Neues zu merken (wie lange wird z. B. eine 3—5stellige Zahl behalten u. s. f.)

V. Ideenassociation:

Orientirung über die Personalien, das heutige Datum, den augenblicklichen Aufenthaltsort, die Personen der Umgebung. Werden Gegenstände durch Betasten, Sehen u. dgl. richtig wiedererkannt?

---

[1]) So wird man z. B. den Deprimirten fragen: Können Sie zuweilen auch noch heiter sein?

[2]) Insofern die meisten Menschen 7×18 = 126 nicht als fertige Association bereit liegen haben, sondern aus Theilassociationen (7×10 und 7×8) combiniren müssen, greift diese Frage bereits in die V. Gruppe „Ideenassociation" hinein.

Aufmerksamkeit: beachtet der Kranke die Vorgänge in seiner Umgebung? haftet die Aufmerksamkeit länger an einem Gegenstand oder eilt sie von einem zum andern?

Geschwindigkeit der Ideenassociation.

Zusammenhang der Ideenassociation.

Inhalt der Ideenassociation: bestehen Wahnvorstellungen oder Zwangsvorstellungen? ist die Urtheilskraft intact? wie weit ist speciell Krankheitsbewusstsein vorhanden? Wie urtheilt der Kranke über seine Vergangenheit, über seine augenblickliche Lage? Welche Pläne hat er für die Zukunft? Wie beurtheilt er speciell das Verhältniss zu seiner Umgebung, seine Vermögensverhältnisse, seinen sittlichen Werth (machen Sie sich selbst Vorwürfe?), seinen Gesundheitszustand, seine berufliche Leistungsfähigkeit? Wie beurtheilt er die Verhältnisse seiner Umgebung? — Oder klagt der Kranke über Mangel an Gedanken („Kopfleere")?

Die Beziehungen des soeben gegebenen Schemas zu der früher in der allgemeinen Symptomatologie gegebenen Eintheilung und Darstellung der Symptome liegen auf der Hand. Selbstverständlich ist dies Schema jedoch nicht erschöpfend. Dasselbe zeichnet nur die Grundlinien des Untersuchungsganges vor. Im Einzelfall wird dieser oder jener Befund sehr häufig speciellere weitere Untersuchungen in dieser oder jener Richtung nahelegen oder nothwendig machen. So wird z. B. die Feststellung einer atrophischen Lähmung sehr oft zu einer Prüfung der elektrischen Erregbarkeit der paretischen Muskeln Anlass geben müssen. Zu der Geruchsprüfung wird zuweilen eine Geschmacksprüfung hinzukommen müssen. Der Nachweis von Eiweiss im Urin wird eine genaue mikroskopische Untersuchung des Urinsediments nach sich ziehen, durch welche festzustellen ist, ob eine Nephritis vorliegt oder lediglich die früher erwähnte symptomatische Albuminurie, wie sie bei Zuständen der Erregung und Verwirrtheit vorkommt. So wird also die Untersuchung je nach den einzelnen Ergebnissen in dieser oder jener Richtung ausgedehnt werden müssen. In ganz besonderem Maasse gilt dies von dem 2. Theil der Untersuchung, dem psychischen Status praesens. Es ist zweckmässig, wie dies in dem Schema geschehen, hier mit den motorischen Reactionen (Ausdrucksbewegungen, Handlungen) zu beginnen, weil sie sich meist dem ärztlichen Beobachter zuerst darbieten und die besten Fingerzeige geben, in welcher Richtung die Fragen nach Störungen des Empfindungslebens, Affectlebens und Vorstellungslebens sich am zweckmässigsten bewegen. Deshalb empfiehlt es sich auch so sehr, dass der Arzt den Kranken nicht sofort mit allerhand Fragen bestürmt, sondern zunächst in seinem spontanen Thun und Treiben beobachtet.

Die Fragen, welche in dem Schema des psychischen Status angegeben sind, sind ebensowenig erschöpfend. Nur die Hauptrichtun-

gen, in welchen die Fragestellung sich zu bewegen hat, sollen damit bezeichnet sein. Dem Geschick und der Erfahrung und namentlich einem gewissen psychologischen Mitfühlen des Arztes muss die specielle Auswahl der Fragen überlassen bleiben. Einen Kranken mit dem strahlenden Gesichtsausdruck der Exaltation wird man nicht nach Versündigungsideen ausforschen n. s. f. Ebenso wird man sich auch nicht an eine bestimmte Reihenfolge der Fragen binden. Eine spontane Aeusserung des Kranken, welche eine Wahnidee vermuthen lässt, wird nicht selten Veranlassung gehen, die Untersuchung des Empfindungs- und Affectlebens einstweilen aufzuschieben und zunächst der aufgefundenen Spur nachzugehen und die bez. Wahnidee zu verfolgen. Man trägt dann jeden psychopathischen Befund in die entsprechende Rubrik des Schemas ein und füllt die schliesslich noch übrig gebliebenen Lücken durch nachträgliche specielle Fragen aus.

Auch die Frage, ob die körperliche oder die psychische Untersuchung voranzuschicken ist, lässt sich nicht allgemein beantworten. Keinesfalls ist jemals erstere zu unterlassen. Gerade eine genaue körperliche Untersuchung weckt in vielen Fällen das Vertrauen zum Arzt am leichtesten und viele Kranke schenken einem auf körperliche Symptome gestützten Urtheil und Rath des Arztes weit eher Glauben als einem lediglich auf psychische Symptome gestützten Urtheil und Rath, weil sie oft den pathologischen Charakter der psychischen Symptome nicht zugeben. Unendlich viel wichtiger ist aber, dass nur die körperliche Untersuchung in vielen Fällen überhaupt eine sichere Diagnose ermöglicht. Der heilbare Melancholiker und der unheilbare Paralytiker im Depressionsstadium können selbst für den erfahrenen Psychiater annähernd die gleichen psychischen Symptome darbieten; erst die körperliche Untersuchung gestattet diesen von jenem zu unterscheiden. Häufig ist es geradezu zweckmässiger, die körperliche Untersuchung voranzuschicken, namentlich bei solchen Kranken, bei welchen in Folge ihres Charakters oder ihrer Krankheit ein lebhaftes Misstrauen oder Scheu vor der psychischen Untersuchung zu gewärtigen ist.

Ausser dem Status praesens ist zur Diagnose stets eine genaue Anamnese erforderlich. Viele Psychosen durchlaufen eine ganze Reihe verschiedener Zustände und andererseits kommt ein und derselbe psychopathische Zustand im Verlauf verschiedener Psychosen vor. Erst die Anamnese gestattet, von der Diagnose des Zustandes zu der Diagnose der Krankheit fortzuschreiten. Die Anamnese ist eine doppelte, erstens kommt die objective in Betracht, welche die Umgebung des Kranken uns giebt, und zweitens die subjective oder Autoanamnese, welche der Kranke selbst uns giebt. Erstere ist im Allgemeinen die verlässlichere, wenn auch Uebertreibungen und Beschönigungen, irrthüm-

liche Deutungen und absichtliche Entstellungen der beobachteten Krankheitsvorgänge gelegentlich vorkommen. Letztere, die Autoanamnese, ist im Ganzen nicht so verlässlich: Erinnerungsfälschungen und Erinnerungsentstellungen, retrospective Deutungen und auf die Vergangenheit bezügliche Wahnvorstellungen und endlich Gedächtnissdefecte tragen dazu bei, die Autoanamnese unzuverlässig zu machen. Auch die Dissimulationsversuche und sog. „räsonnirenden“ Beschönigungsversuche vieler Kranken kommen hinzu. Dafür hat andererseits die Autoanamnese den grossen Vorzug einen Einblick in die psychologische Genese und den psychologischen Zusammenhang der successiven psychopathischen Symptome und Zustände zu gewähren.

Die Anamnese einer Psychose muss in manchen Beziehungen viel mehr enthalten als die Anamnese einer gewöhnlichen körperlichen Krankheit, z. B. einer Lungenentzündung. Vor allem bedürfen zunächst die Hereditätsverhältnisse einer viel genaueren Feststellung. Speciell ist festzustellen, ob bei Vater, Mutter, Grossvater und Grossmutter väter- und mütterlicherseits, Geschwistern des Vaters oder der Mutter, endlich bei Geschwistern und Kindern des Kranken selbst irgendwelche belastende Krankheiten (Psychosen, anderweitige Erkrankungen des Nervensystems, auffällige Charaktere, Selbstmorde, Verbrechen, Trunksucht u. dgl.) vorgekommen sind. In den meisten Fällen gelingt es auch noch, über die Kinder der Geschwister des Kranken und die Kinder der Geschwister seiner Eltern Einiges zu erfahren. Die persönlichen Antecedentien des Kranken selbst sind stets zunächst auch bezüglich der äusseren Lebensschicksale und der geistigen Entwicklung genau aufzunehmen. Die meisten Psychosen überfallen den Menschen nicht jählings wie etwa eine Lungenentzündung, sondern sie erwachsen oder brechen hervor auf dem Boden eines ganzen Lebens. Wir können den Inhalt vieler Wahnvorstellungen u. s. w. mit den zahllosen Beziehungen auf frühere Erlebnisse nur dann richtig verstehen und würdigen, wenn letztere uns genau bekannt sind. Wir müssen wissen, was der gesunde Mensch war, um zu beurtheilen, was die Krankheit aus ihm gemacht hat. Wie die Lunge vor einer Lungenentzündung ausgesehen haben muss, wissen wir ohne besondere Nachforschung. Ob aber die Taktlosigkeiten eines Geisteskranken auf eine mangelhafte Erziehung bezw. schlechte Gesellschaft zurückzuführen oder als pathologisches Symptom zu deuten sind, — eine Entscheidung, von der oft Diagnose, Prognose und Behandlung ganz und gar abhängen — kann nur eine genaue Anamnese lehren.

Im Folgenden werden kurz die Hauptpunkte zusammengestellt, welche bei Erhebung der Anamnese besonders zu berücksichtigen sind:

1. Heredität.
2. Verlief die Geburt des Kranken selbst normal?
3. Wann lernte er gehen, wann sprechen?
4. Traten in der Kindheit Krankheiten des Nervensystems auf („Hirnentzündung“, „Krämpfe“ u. dgl.)?
5. Welche Schulbildung genoss der Kranke? Fiel das Lernen ihm schwer? Wie waren seine Schulleistungen?
6. Charakter und Temperament in der Kindheit.
7. Pubertätsentwicklung. Erstes Auftreten der Menstruation. Masturbation.
8. Spätere berufliche Thätigkeit.
9. Spätere geistige Interessen. Religiöse Interessen.
10. Spätere Charakterentwicklung.
11. Heirath. Eheliche Verhältnisse. Sonstiger sexueller Verkehr. Syphilitische Infection. Puerperien.
12. Aufzählung der wichtigsten körperlichen Krankheiten und ihrer etwaigen Folgeerscheinungen und Residuen. Hierbei wird speciell auf gynäkologische Leiden, Infectionskrankheiten, Kopfverletzungen zu achten sein.
13. Geistige oder körperliche Ueberanstrengung? Gemüthserregungen? Abusus spirituosorum? Abusus Nicotianae? Ernährungsverhältnisse?
14. Neuropathische Symptome und Erkrankungen jenseits der Pubertät; frühere Psychosen.

Erst nach Erledigung dieser Punkte kann zur Erhebung der Krankheitsgeschichte selbst übergegangen werden. In vielen Fällen wird man finden, dass die jetzt vorliegende Krankheit sich allmählich aus den soeben unter 14 erwähnten neuropathischen Symptomen entwickelt hat. In anderen Fällen lässt sich nachweisen, dass

15. Besondere Gelegenheitsursachen für den Ausbruch der Psychose entscheidend waren (z. B. ein Typhus, eine heftigere Gemüthserschütterung, ein stärkerer Alkoholexcess, ein starker Blutverlust bei einer Entbindung, eine Kopfverletzung u. dgl.).
16. Entwicklung der Psychose selbst: d. h. Beschreibung der bis jetzt aufgetretenen psychopathischen Symptome und Zustände unter besonderer Berücksichtigung ihrer Reihenfolge.

Wie oben in dem Schema des Status praesens, so sind auch hier in dem Schema der Anamnese keineswegs alle in jedem Einzelfall in Betracht kommenden Momente auch nur annähernd erschöpfend aufgezählt. So sei z. B. nur erwähnt, dass es in vielen Fällen für die Auffassung und Behandlung eines Geisteskranken von der grössten Wichtigkeit ist, das soziale Milieu zu kennen, in dem er gelebt hat und auf dessen Boden die Psychose sich entwickelt hat. Eine Lungenentzündung

ist hei dem Vagahunden dieselbe wie bei dem Gelehrten. Eine Psychose erleidet je nach dem Stand, der Umgebnng n. s. w. des Kranken ganz erhebliche Modificationen. — Aber anch im Leben des Kranken selbst ergehen sich oft diese oder jene wichtige anamnestische Momente, welche in dem Schema nicht enthalten sind. Ausser Alkohol und Nicotiana existiren z. B. noch zahlreiche andere toxische Substanzen, welche gelegentlich Psychosen hervorrufen können. Obiges Schema giebt also nur die Grundlinien für die anamnestischen Erhebungen an. Im Einzelfall bedarf es oft vielfacher Ergänzungen. Den sichersten Wegweiser für diese letzteren giht die allgemeine Aetiologie (s. n.) ab.

Mit der Feststellnng des Status praesens und der Erhebnng der Anamnese ist die Diagnose vorbereitet. Die specielle Pathologie wird uns lehren, bei gegebenem Status praesens und bei gegebener Anamnese die richtige Diagnose zu stellen. In die specielle Pathologie verweisen wir anch die Classification der Psychosen, deren Kenntniss die Stellung der Diagnose einer Geistesstörung selbstverständlich ebenso erleichtert, wie z. B. die Kenntniss des natürlichen Eintheilungssystems der Pflanzen die Bestimmung der Pflanzenart.

IV. Allgemeine Aetiologie.

Häufigkeit der Psychosen überhanpt. Eine zuverlässige Statistik ist über diesen Punkt schwer zu gewinnen. Wie schon öfter erwähnt, sind die Grenzen zwischen Geisteskrankheit nnd Geistesgesundheit fliessende. Zwischen der sogenannten Neurasthenie und dem später zn beschreibenden neurasthenischen Irresein, zwischen der physiologischen Beschränktheit und dem pathologischen Schwachsinn, zwischen dem physiologischen Misstrauen und Hochmnth und dem pathologischen Verfolgungs- und Grössenwahn bestehen zahlreiche Uebergänge. Dazu kommt, dass aus äusseren Gründen eine Zählung der ausserhalb der Irrenanstalt befindlichen Geisteskranken kaum einigermaassen exact ausgeführt werden kann. Im Allgemeinen dürfte auf 300 Geistesgesunde mindestens 1 Geisteskranker zu rechnen sein.

Eine genauere Zahlenangabe der psychischen Morbidität im Allgemeinen ist auch schon deshalb völlig zwecklos, weil die Häufigkeit der Psychosen zu verschiedenen Zeiten und in verschiedenen Ländern sich sehr verschieden erweist. Es ist nämlich unzweifelhaft, dass im Lauf der Jahrhunderte die Procentzahl der Geisteskranken im Ganzen zugenommen hat. Wenn auch in früheren Jahrhunderten die Aufmerksamkeit auf geistige Störungen weniger scharf gewesen und daher mancher Fall der Beohachtung ganz entgangen sein mag, nnd wenn anch

in früheren Jahrhunderten mancher Geisteskranke als Werkzeug Gottes oder des Teufels (Heilige, Hexen u. s. w.) gegolten haben mag, so reichen diese beiden Umstände doch nicht aus, die thatsächlich erhebliche Zunahme der Psychosen zu erklären, zumal in manchen Ländern eine solche Zunahme sogar innerhalb des jetzigen Jahrhunderts nachweisbar ist. Ganz besonders scheinen 3 Formen der Geistesstörung häufiger geworden zu sein, das alkoholistische Irresein, die Dementia paralytica und endlich das neurasthenische Irresein. Die Ursache dieser historischen Vermehrung der Psychosen ist zu suchen:

1. In dem zunehmenden Alkoholmissbrauch;
2. in der zunehmenden Verbreitung der Syphilis;
3. in der geistigen Ueberbürdung der heutigen Erziehung;
4. in der Erschwerung des Kampfes ums Dasein, welche das Nervensystem dem gefährlichen Affecte der „Sorge" in viel höherem Maasse aussetzt und zu intensiveren, längeren und hastigeren Leistungen bei geringerer Ruhe bezw. Erholungszeit zwingt. Hieraus erklärt sich auch, warum gerade jene drei Psychosen ganz besonders an der allgemeinen Zunahme theilhaben. Denn bei diesen spielen gerade jene vier Factoren eine Hauptrolle in der Aetiologie (bei der Dementia paralytica die Syphilis).

Die geographische Verbreitung der Psychosen zeigt gleichfalls erhebliche Ungleichheiten. Wenigstens scheint kaum zweifelhaft, dass bei uncivilisirten Völkern — ähnlich wie in früheren Jahrhunderten — Geistesstörungen im Ganzen seltener sind, und zwar scheinen es wiederum die drei oben erwähnten Formen der Geistesstörung zu sein, welche für dies Resultat namentlich in Betracht kommen. Auch die Erklärung dürfte sich im Wesentlichen mit der soeben für die historische Verschiedenheit der psychischen Morbidität gegebenen decken. Für detaillirtere und definitive Schlüsse reicht das statistische Material, welches bislang vorliegt, nicht aus. Die Versuche, für eine bestimmte Nationalität oder für eine bestimmte Rasse oder für ein besonderes Klima eine höhere Ziffer der psychischen Morbidität auszurechnen, sind grösstentheils gescheitert. Wo freilich bestimmte einzelne ätiologische Schädlichkeiten unter der grossen Zahl der später aufzuführenden ätiologischen Momente in einem geographisch mehr oder weniger scharf abgegrenzten Bezirk besonders gehäuft sich vorfinden, wird man die von diesen ätiologischen Schädlichkeiten abhängigen Psychosen selbstverständlich auch häufiger finden als an anderen Orten, und hierdurch kann wiederum unter Umständen die Gesammtziffer der psychischen Morbidität eine Erhöhung erfahren. So ist z. B. der Alkoholmissbrauch entschieden in den nördlichen Culturländern stärker verbreitet, dementsprechend finden sich denn auch hier mehr alkoholistische Psychosen, und die hohe Morbiditätsziffer mancher dieser nördlichen Culturländer, in welchen der Weg-

fall anderer ätiologischer Schädlichkeiten einen Ausgleich nicht herbeiführt, dürfte sich hieraus erklären lassen. Bei der Betrachtung der einzelnen ätiologischen Momente wird hierauf zurückzukommen sein.

Das Geschlecht übt gleichfalls keinen erheblichen Einfluss auf die Morbiditätsziffer im Ganzen aus. Manche der später aufzuführenden einzelnen ätiologischen Momente überwiegen bei dem männlichen Geschlecht (Ueberarbeitung und Sorge im Kampf ums Dasein, sexuelle Excesse, Trunksucht, Syphilis), andere überwiegen beim weiblichen Geschlecht oder beschränken sich sogar auf dieses (sexuelle Unbefriedigung, Gravidität, Puerperium, Lactation u. dgl.). Im Ganzen halten sich die hier und dort überwiegenden Schädlichkeiten etwa die Waage, sodass der Procentsatz der geisteskranken Männer ungefähr ebenso hoch ist wie derjenige der geisteskranken weiblichen Individuen. Höchstens ist der letztere in einigen Ländern um ein Geringes grösser als der erstere.

Weit erheblicher ist der Einfluss des Alters auf die Morbidität. Auf jeder Altersstufe treffen eine Reihe ätiologischer Schädlichkeiten zusammen, und von der Gesammtheit dieser ätiologischen Schädlichkeiten ist die Morbidität einer jeden Altersstufe abhängig. Im Ganzen nehmen diese ätiologischen Schädlichkeiten bis zum Eintritt der Pubertät nur sehr langsam zu. Mit dem Eintritt der Pubertät tritt eine jähe Zunahme derselben und damit der psychischen Erkrankungen auf. Ihren höchsten Werth erreicht — entsprechend der maximalen Häufung der ätiologischen Schädlichkeiten — die psychische Morbidität im mittleren Lebensalter, bei dem Weibe im 25.—35., bei dem Manne im 30.—50. Lebensjahre. Dann nimmt dieselbe wieder ziemlich rasch ab, um im höchsten Greisenalter jenseits des 70. Lebensjahres nochmals einen leichten Anstieg zu zeigen. Unter den ätiologischen Einzelfaktoren, welche die Morbidität einer jeden Altersstufe bestimmen, spielen einige eine besondere Rolle, nämlich die physiologischen Umwälzungen, welche in einem bestimmten Lebensalter regelmässig eintreten. Es sind dies

1. die Pubertätsentwickelung im 14.—20. Lebensjahre;
2. die senile Involution im 7. Lebensjahrzehnt.

Bei dem Weibe kommt hierzu noch die Involution der Genitalorgane, wie sie ihren Ausdruck in dem Aufhören der Ovulation und Menstruation findet, das sog. Klimakterium. An diesen physiologischen Wendepunkten der menschlichen Entwickelung finden sich regelmässig Maxima der Morbiditätscurve. Bei Besprechung der speciellen ätiologischen Momente wird auf den Einfluss dieser Altersetappen, auf die psychische Morbidität und auf das psychische Krankheitsbild zurückgekommen werden.

Auch der Beruf und die sociale Lage ist von erheblichem Einfluss auf die Morbidität, insofern beide oft eine Vereinigung zahlreicher ätio-

logischer Schädlichkeiten in sich schliessen. So ist z. B. erfahrungsgemäss der Beruf des Officiers psychischen Erkrankungen in besonderem Maasse ausgesetzt, insofern Alkoholmissbrauch, sexuelle Excesse, körperliche und geistige Anstrengungen, Syphilis und Gemüthsbewegungen bei diesem Stand sehr häufig zusammentreffen.

Weit wichtiger als das Studium der bis jetzt angeführten sehr complexen ätiologischen Momente, deren jedes zahlreiche einzelne ätiologische Factoren in sich einschliesst, ist eine eingehende Betrachtung der Bedeutung und Wirkungsweise der einzelnen ätiologischen Factoren.

Einzelne ätiologische Factoren.

1. Erblichkeit.

Die Hauptthatsache, welche den Einfluss der Erblichkeit auf die psychische Morbidität zu erkennen giebt, ist folgende:

Psychische Erkrankungen sind bei solchen Individuen, in deren Familie psychische Erkrankungen bereits vorgekommen sind, häufiger als bei solchen, in deren Familie psychische Erkrankungen noch nicht vorgekommen sind. Erstere bezeichnet man als erblich belastet, letztere als erblich unbelastet. Dem Vorkommen psychischer Erkrankungen in der Familie gleichwerthig ist das Vorkommen von

1. Erkrankungen des Nervensystems (ohne psychopathische Symptome), also z. B. von Neurasthenie, Epilepsie, Hysterie, Migräne, Rückenmarkskrankheiten u. s. f.
2. Auffälligen Charakteren und Begabungen, also z. B. von Excentricität, Genialität, Hang zum Verbrechen, ungenügend motivirten Selbstmorden u. s. f.
3. Trunksucht.

Die Feststellung der Heredität eines Kranken wird also ausser auf Psychosen selbst auch noch auf die unter 1—3 aufgeführten Momente in der Ascendenz fahnden müssen. Dabei genügt die einfache Frage: „sind Geisteskrankheiten, Nervenkrankheiten, Verbrechen u. dgl. in Ihrer Familie vorgekommen?“ nicht. Bei einer solchen Fragestellung fällt — von geflissentlichem Verschweigen ganz abgesehen — dem Kranken und auch seinen Angehörigen meisteus nur ein geringer Theil der thatsächlich vorgekommenen Fälle von Geistesstörung, Nervenkrankheit n. s. w. ein. Man muss daher sich einzeln die Eltern, Grosseltern, Geschwister der Eltern u. s. f. aufzählen lassen und bei jedem einzelnen Familienglied fragen, ob Geistesstörung, Verbrechen u. dgl. vorgekommen sind. Nur auf diesem Wege lässt sich ein sicheres Urtheil über das Vorhandensein und den Grad der erblichen Belastung gewinnen. Sehr vortheilhaft ist es, in einem Stammbaum die diesbezüglichen Erhebungen übersichtlich zusammenzustellen. Der beistehende Stammbaum stellt z. B. die erbliche Belastung eines Paranoikers dar:

Urgrossmutter
jähzornig

Grossvater — jähzornig; Grossmutter — nichts bekannt
Grossvater — Trunksucht; Grossmutter — Altersschwachsinn

Onkel — Apoplexie; Onkel — jähzornig; Vater — jähzornig
Mutter — Migräne; Tante — Epilepsie

Bruder (Hermann) — jähzornig; Patient (Otto); Schwester (Anna) — Selbstmord wegen unehel. Niederkunft; Bruder (Carl) — Hypochonder; Bruder (Max) — jähzornig; Bruder (Friedrich) — gesund

Paul — cerebrale Kinderlähmung; Hermann — gesund

Alle diejenigen Glieder der Familie, bei welchen Psychose, Neurose u. s. w., kurz irgend ein belastendes Moment vorliegt oder vorgelegen hat, sind unterstrichen.

Verschiedene Formen der Belastung. In dem durch den Stammbaum dargestellten Fall liegen Belastungsmomente sowohl väterlicherseits wie mütterlicherseits vor. Man spricht alsdann von *cumulativer* oder *convergenter* Belastung (im Gegensatz zu *einseitiger* Belastung). In manchen Fällen sind bei den Eltern selbst Belastungsmomente nicht nachzuweisen, sondern nur bei den Geschwistern der Eltern. In der Regel findet man dann bei weiterer Nachforschung, dass bei den Grosseltern ein Belastungsmoment vorgelegen hat. Der folgende Stammbaum stellt ein einfaches Beispiel dieser Art dar.

Grossvater — Trunksucht; Grossmutter — gesund
Grossvater — gesund; Grossmutter — gesund

Onkel — Psychose; Vater — gesund
Mutter — gesund; Onkel — gesund; Tante — gesund

Bruder — gesund; Patient; Bruder — Psychose

Die Eltern des Kranken sind hier beide gesund, desgleichen die Geschwister der Mutter, sowie die Grosseltern mütterlicherseits. Ein Bruder des Vaters hingegen ist geisteskrank, und genauere Nachforschung ergiebt, dass der Grossvater väterlicherseits ein Trinker gewesen ist. Es liegt somit eine einseitige Belastung vor und zwar hat der he-

lastende Einfluss des Grossvaters sich nur bei einem Kind, nämlich dem Onkel des Kranken geltend gemacht, hingegen das andere Kind, den Vater des Kranken verschont. Erst bei den Kindern dieses Vaters, also bei dem Patienten selbst und einem Bruder des Patienten, ist der Einfluss der Trunksucht des Grossvaters wieder zu erkennen. Dass hier nicht etwa ein zufälliges Zusammentreffen vorliegt, geht aus der statistischen Thatsache hervor, dass Individuen, deren Eltern zwar normal waren, deren Grossvater oder Grossmutter aber abnorm war, eine viel höhere Morbiditätsziffer zeigen als Individuen, deren Eltern und Grosseltern normal waren. Wir müssen also annehmen, dass die Belastung bei dem Sohn in Folge des Ausbleibens von schädlichen Gelegenheitsursachen Dank günstigen, compensirenden Umständen (z. B. einer verständigen Erziehung) latent geblieben, hingegen bei dem Enkel in Folge ungünstigerer Umstände wieder zur Wirksamkeit gelangt ist. Die Lehre von der Aetiologie der Syphilis bietet analoge Beispiele: das syphilitische Virus kann ein Zwischenglied überspringen in dem Sinne, dass dies Zwischenglied die Uebertragung vermittelt ohne selbst zu erkranken. In den eben dargestellten Fällen spricht man von indirecter erblicher Belastung.

Hauptgesetze der erblichen Belastung. Die zwei wichtigsten ergeben sich bereits aus dem Obigen, nämlich erstens, dass die Kinder eines psychopathischen oder neuropathischen Individuums meist nicht alle, sondern nur zum Theil selbst an Psychopathien (oder Neuropathien) erkranken, und zweitens, dass die Enkel eines psychopathischen oder neuropathischen Individuums alle oder (häufiger) zum Theil auch dann an Psychopathien erkranken können, wenn ihr Vater oder ihre Mutter verschont geblieben ist. Im einzelnen Fall lässt sich keineswegs stets nachweisen, warum das eine Individuum verschont und das andere dem belastenden Einfluss unterlegen ist. Im Allgemeinen kann man sagen, dass die Belastung eben nur eine Prädisposition zu psychischer Erkrankung schafft und dass immer noch besondere intra vitam wirkende Schädlichkeiten hinzukommen müssen, um aus dieser Prädisposition oder latenten Belastung eine wirkliche Psychose hervorzubringen. Das Ausbleiben bezw. Eintreten dieser Schädlichkeiten würde es bedingen, dass das eine Individuum erkrankt und das andere, gleichermaassen belastete, gesund bleibt. Indessen versagt diese Erklärung nicht selten, und es bleibt dann nur übrig anzunehmen, dass die verschiedenen Keimzellen der Erzeuger in ungleichem Maasse von der Erkrankung der Erzeuger in Mitleidenschaft gezogen worden sind. Vielfach hat man auch behauptet, dass im Ganzen die weibliche Nachkommenschaft von dem belastenden Einfluss in weiterem Umfang und grösserer Intensität betroffen wird als die männliche.

Verschiedene Grade der erblichen Belastnng. Für den Grad der erblichen Belastung, welche von einer bestimmten Psychose oder Neurose oder der Trunksncht oder einer Charakteranomalie ausgeht, bietet sich als geeignetster Maassstab zunächst die Procentzahl der psychischen Erkrankungen unter den Nachkommen. Nächstdem wird man die Schwere der psychischen Erkrankungen der Nachkommen berücksichtigen. Dabei ergieht sich, dass in der That der belastende Einfluss der verschiedenen oben angeführten Belastungsmomente sehr verschieden gross ist. Eine einfache Neurasthenie, eine Charakterabsonderlichkeit, eine senile Demenz und eine einmalige Puerperalpsychose in der Ascendenz sind weniger belastend als chronischer Alkoholismus, Epilepsie, Hysterie, Schwachsinn u. s. w. Man hat geradezu eine bestimmte Scala der verschiedenen Neurosen und Psychosen nach dem Grad ihres belastenden Einflusses aufstellen wollen. Solche Aufstellungen entbehren jedoch jeder Allgemeingültigkeit. Eine acute Paranoia, welche sich in Folge einer zufälligen Häufung vieler Schädlichkeiten entwickelt hat, hat eine ganz andere Bedeutung bei Feststellung der erblichen Belastung der Descendenten als eine Paranoia, zu deren Entwickelung ein geringer Anstoss genügte. Im ersteren Fall wird man im Allgemeinen eine viel geringere Belastung anzunehmen haben als im letzteren. Bei der Abwägung der erblichen Belastung wird man also stets ganz individuell Fall für Fall vorgehen müssen. Einen besonders schweren belastenden Einfluss üben selbstverständlich diejenigen Psychosen aus, welche die alsbald näher zu beschreibende „erblich degenerative Modification“ zeigen.

Die Schwere der erblichen Belastung, welche auf einem Individuum ruht, ist nun durchaus nicht allein nach dem belastenden Einfluss zu bemessen, welcher in dem eben besprochenen Sinn der Psychose bezw. Neurose n. s. w. des Vaters oder der Mutter oder des Grossvaters u. s. w. zukommt. Die klinische Betrachtung lehrt, dass eine Belastung im Allgemeinen auch als um so schwerer anzusehen ist, je mehr Glieder der Familie (einschliesslich der Geschwister, Neffen und Nichten des Kranken) an Psychosen oder Neurosen u. dgl. gelitten haben. Wenn ich zwei Kranke behandle, deren Grossvater väterlicherseits Trinker war, und wenn sich ergieht, dass bei dem Kranken A der Vater und die Geschwister des Vaters sowie die Geschwister des Kranken selbst und deren Kinder gesund geblieben sind, dass hingegen bei dem Kranken B z. B. der Vater excentrisch veranlagt, ein Bruder desselben psychisch erkrankt und zwei Geschwister des Kranken selbst epileptisch waren, so wird man trotz der Gleichheit des ersten Anstosses zur erblichen Belastung schliessen, dass A weniger belastet ist als B. Man muss eben annehmen, dass die Keimzellen im ersten Fall weniger in Mitleidenschaft gezogen worden sind oder durch günstige äussere Umstände die heredi-

täre Prädisposition herabgemindert worden ist. Besonders schwere Belastung wird man weiter stets dann annehmen haben, wenn die oben erwähnte convergente Belastung vorliegt, d. h. also, wenn väterlicherseits und mütterlicherseits belastende Abnormitäten vorgekommen sind. Durch die geschlechtliche Kreuzung mit gesunden Individuen des anderen Geschlechts ist die Gelegenheit zu einer Elimination oder Abschwächung der hereditären Disposition gegeben. Wo convergirende Belastung vorliegt, addiren sich umgekehrt die hereditären Dispositionen. Ganz besonders unheilvoll wirkt convergirende Belastung dann, wenn die belastenden Eltern zugleich blutsverwandt sind. Blutsverwandtschaft der Eltern als solche, d. h. bei Abwesenheit belastender Abnormitäten in der Ascendenz, scheint keine Belastung der Descendenten zu involviren.

Specielle Einflüsse der erblichen Belastung auf die Psychose des Descendenten. Erbliche Belastung giebt für alle Psychosen ein schwerwiegendes ätiologisches Moment, für die meisten das einflussreichste ab. Im Allgemeinen unterscheidet sich nun ein Fall einer einfachen Psychose, welcher auf Grund erblicher Belastung sich entwickelt hat, von einem Fall derselben Psychose, welcher ohne erbliche Belastung auf Grund anderer Schädlichkeiten zu Stande gekommen ist, in den Symptomen nicht. Anders bei sehr schwerer Belastung. Hier findet man oft (nicht stets), dass die erbliche Belastung das Symptomenbild der Psychosen in ganz eigenthümlicher Weise modificirt. Man bezeichnet diese Modification des klinischen Bildes als die erblich-degenerative Modification. Dieselbe kann, da sie auf Grund anderer ätiologischer Momente nur selten vorkommt, in diesem Sinne als specifisch bezeichnet werden. Die Wirkung schwerer erblicher Belastung wird auch kurz als erbliche Degeneration bezeichnet. Selbst bei sehr schwerer erblicher Belastung findet man, dass keineswegs alle Glieder der belasteten Familie an einer solchen degenerativ-modificirten Psychose erkranken. Vielmehr findet man in der Regel, dass auch einige Familienglieder gesund bleiben und andere nur eine gewöhnliche Psychose (ohne erblich-degenerative Modification) acquiriren, dass also nur ein gewisser Bruchtheil den Einfluss der schweren erblichen Belastung zeigt, indem eine degenerativ-modificirte Psychose sich entwickelt. Der Einfluss der schweren erblichen Belastung ist mit dieser eigenthümlichen symptomatischen Färbung der gewöhnlichen Psychosen, welche soeben als degenerative Modification bezeichnet wurde, nicht erschöpft. Häufig erzeugt derselbe nämlich keine vollentwickelte Psychose, sondern nur eine Reihe somatischer und psychischer sogenannter Degenerationszeichen, d. h. eine Reihe somatischer und psychischer Merkmale, welche bei schwer erblich belasteten Individuen viel häufiger sind als bei erblich nicht belasteten oder bei erblich leicht

helasteten. Dahei ist selbstverständlich, das diese sog. Degenerationszeichen oft hei Erhlichhelasteten auch nehen einer vollentwickelten Psychose, — sie sei einfach oder degenerativ modificirt — vorkommen können. Endlich zeigt sich in vielen Fällen der Einfluss schwerer erblicher Belastung anch darin, dass hei der Descendenz vorwiegend gewisse Psychosen auftreten, oder mit anderen Worten, es giebt einige Psychosen, welche zwar anch hei erhlich nichthelasteten und erblich leichtbelasteten Individnen in ganz derselhen Form gelegentlich auftreten, bei erhlich schwerhelasteten Individnen jedoch ungleich häufiger sind. Solche Psychosen bezeichnet man als „vorzugsweise degenerative Psychosen".

Die degenerativen Modificationen der gewöhnlichen Psychosen werden in der speciellen Pathologie hei Besprechung der einzelnen Psychosen aufgeführt werden. Die „vorzugsweise degenerativen Psychosen" werden gleichfalls in der speciellen Pathologie hesprochen werden und zwar eine jede an derjenigen Stelle, welche ihr auf Grund des klinischen Symptomencomplexes und Verlaufes zukommt; es wird dann jedesmal die besondere Wichtigkeit, welche in ätiologischer Beziehung der schweren erblichen Belastung zukommt, gebührend hervorgehohen werden. Zn diesen vorzugsweise degenerativen Psychosen gehören z. B. die verschiedenen Formen des Schwachsinns, die meisten Formen des sog. periodischen und circulären Irreseins, die acute einfache Paranoia, das Irresein aus Zwangsvorstellungen, das hysterische Irresein, das polymorphe Irresein u. s. f. Eine scharfe Grenze zwischen den vorzugsweise degenerativen Psychosen und den anderen Psychosen existirt übrigens nicht. Man kann geradezu eine Scala der Psychosen aufstellen, je naehdem in ihrer Aetiologie die einfache oder schwere erhliche Belastung eine kleinere oder grössere Rolle spielt. So ist z. B. hei der Manie und Melancholie die erbliche Belastung, namentlich die schwere erbliche Belastung, von der geringsten ätiologischen Bedeutsamkeit, die intra vitam einwirkenden ätiologischen Schädlichkeiten überwiegen durchaus. Bei der chronischen einfachen Paranoia ist schwere erhliche Belastung schon erheblich öfter nachweishar und gewisse Formen derselben (so namentlich die sog. originäre Paranoia) wären, wofern man sie nicht besser als degenerative Modificationen ansieht, geradezu zu den vorzugsweise degenerativen Psychosen zu rechnen. Bei den periodischen Irreseinsformen (Folie intermittente der Franzosen) ist der Einfluss der schweren erhlichen Belastung hereits so bedentsam, dass sie zu den vorzugsweise degenerativen Psychosen gerechnet werden müssen. Noch ïherhoten wird das periodische Irresein hierin von den Formen des angehorenen Schwachsi ıns, welche daher in noch höherem Maasse als „vorzugsweise degenerative Psychosen" zu bezeichnen sind. Hand in Hand mit dieser steigenden Beziehung zu schwerer erhlicher Belastung geht anch das zunehmende Vorkommen

der bereits erwähnten und unten noch näher zu besprechenden somatischen und psychischen Degenerationszeichen.

Auch das zeitliche Auftreten der Psychosen bei Erblich-Degenerirten hat häufig etwas sehr Charakteristisches. Entweder tritt die Psychose schon in den Kinderjahren auf (angeborener Schwachsinn, originäre Paranoia), oder sie bricht zum ersten Male in der Pubertät aus. Wenige Degenerirte überwinden die letztere ohne ausgeprägtere psychische Störung. Im weiteren Leben genügen oft auffällig geringe Anlässe, um schwere Psychosen hervorzurufen. Im Ganzen überwiegt ein polymorpher Verlauf, d. h. in unregelmässigen Zwischenräumen treten die verschiedensten Psychosen auf. Mitunter stellt das ganze Leben eines Degenerirten eine Kette psychopathischer Zustände und Psychosen dar. In anderen Fällen kommt es zu dem oben aufgeführten periodischen oder circulären Verlauf.

Einer genaueren Betrachtung bedürfen die Degenerationszeichen. Man unterscheidet somatische und psychische Degenerationszeichen.

a. Somatische Degenerationszeichen. Dieselben decken sich vollständig mit den in der allgemeinen Symptomatologie aufgezählten Wachsthumsstörungen oder Entwicklungshemmungen. Hinzuzufügen ist noch die Neigung zu gelegentlichen epileptischen Insulten (so z. B. bei heftigen Affecten, starken Schmerzen, sexuellen oder alkoholischen Excessen,*) Dentition u. s. w.), Neigung zu halbseitigen vasomotorischen Differenzen (Migräne, mitunter schon im frühesten Kindesalter), bis in spätere Knabenjahre sich fortsetzende Enuresis, Verzögerung des Gehen- und Sprechenlernens u. a. m.

Bezüglich des Vorkommens dieser Degenerationszeichen ergiebt die Statistik, dass Fälle mit einem einzigen dieser Degenerationszeichen sich bei den nicht belasteten und leicht belasteten Geisteskranken in fast der gleichen procentualischen Häufigkeit finden, wie bei den schwer belasteten Kranken. Hingegen ist das Zusammentreffen mehrerer der genannten Degenerationszeichen bei leichter oder mangelnder erblicher Belastung selten (c. 10 %), bei schwererer häufig (c. 80 %).

b. Psychische Degenerationszeichen. Auf dem Gebiete der Empfindungen fällt häufig die abnorm lebhafte Phantasie des Hereditariers auf. Schon in den Kinderjahren ist das Traumleben abnorm gesteigert. Nicht selten kommt es schon in früher Jugend ab und zu zu einzelnen Illusionen und Hallucinationen. In der Regel bleibt sich dabei der Hereditarier der Unwirklichkeit dieser Sinnestäuschungen bewusst. Auch Neigung zu den sog. secundären Sinnesempfindungen wird

*) Resistenzlosigkeit gegen Alkohol ist überhaupt bei erblicher Degeneration häufig.

oft beobachtet. Nur bei den schwersten vollentwickelten degenerativen Psychosen (Idiotie) macht diese pathologische Phantasiesteigerung einem pathologischen Phantasiemangel Platz. Der Hereditarier dichtet vermöge seiner lebhaften Phantasie oft in die Wirklichkeit hinein. Daher auch oft ein krankhaftes Renommiren und Lügen. Die sexuellen Empfindungen sind bald gesteigert, bald auffällig wenig anspruchsfähig. Die Pubertät tritt zuweilen verspätet, seltener verfrüht auf. Auf dem Gebiete der Affecte ist die Labilität des Gefühlslebens am bezeichnendsten. Schon bei dem Kinde fallen motivlose Zornausbrüche und ebenso motivlose oder auf Hallucinationen oder Illusionen beruhende Angstanfälle auf (Pavor nocturnus). In den Pubertätsjahren wechseln oft sentimentale, weltschmerzliche Verstimmungen mit bizarrer Exaltation. Erstere können zu Selbstmordversuchen in frühesten Jahren, letztere zu periodischen Excessen (Spielsucht) führen. Die Liebhabereien haben meist einen absonderlichen Anstrich (tolle Sportleistungen). Bei aller Begeisterungsfähigkeit für allerhand Ideale sind die meisten Degenerirten im Grunde Egoisten. Dem entspricht nicht selten ein unerträglicher Hochmuth.

Auch für das Vorstellungsleben ist „der Mangel an Ebenmaass“, die „déséquilibration“ der französischen Autoren, charakteristisch. Die Begabung des Degenerirten ist fast stets einseitig. Künstlerische Talente sind häufig. Am ungenügendsten bleibt immer die Entwickelung des logischen Denkens. Die Denkweise ist sprunghaft und widerspruchsvoll. Paradoxe Einfälle drängen sich allenthalben in den Vorstellungsablauf ein. Zuweilen haben dieselben schon eine gewisse Aehnlichkeit mit den später zu berührenden Zwangsvorstellungen, indem sie mit einer den Belasteten selbst befremdenden Hartnäckigkeit längere Zeit sein Denken beherrschen. Sein Denken von heute steht mit seinem Denken von gestern in Widerspruch. Das Lernen auf der Schule ist oft ein ausgezeichnetes; hier gelten viele Degenerirte als Wunderkinder. Zur Zeit der Pubertät erfolgt oft ein plötzlicher Stillstand der intellectuellen Entwickelung.

Die Handlungen des Degenerirten entsprechen dieser geistigen Verfassung. Mit Recht hat man den Satz Stifter's auf ihn angewendet: „Es waren in seinem Leben nur Anfänge ohne Fortsetzung und Fortsetzungen ohne Anfang.“ Der Beruf wird häufig gewechselt. Ausschweifende Geselligkeit und eremitische Zurückgezogenheit können sich ablösen. Viele bevölkern als Vagabunden die Landstrasse. Ihr thatsächliches Leben entspricht nie dem theoretischen, welches ihre Phantasie sich vorträumt. Bizarre Einfälle bestimmen oft mit impulsiver Macht die Handlungen des Degenerirten. Dieser Umstand, sowie die Labilität der Affecte machen die Handlungsweise desselben ganz unbe-

rechenbar. Ethische Begriffe und Affecte haben auf das Verhalten des Degenerirten, auch wenn eine volle Entwickelung derselben eintreten konnte, bezw. die intellectuelle Debilität die Entwickelung derselben nicht hinderte (Moral insanity), sehr geringen Einfluss. Anderen Leuten gegenüber strenge Sittenrichter und von einer an Querulantenwahn erinnernden Empfindlichkeit, sind sie selbst ganz ihren egoistischen Trieben unterworfen.

Man kann den gesammten psychischen Zustand dieser Degenerirten (der sogenannten Dégénérés supérieurs der französischen Autoren) unter den verschiedensten Bezeichnungen zusammenfassen. Die französischen Autoren sprechen meist von der psychischen Déséquilibration, in Deutschland werden neuerdings diese Zustände als „angeborene andauernde psychopathische Minderwerthigkeiten" beschrieben. Niemals wird man aus dem Vorhandensein von einem oder zweien der genannten Merkmale — ebensowenig wie aus ein oder zwei körperlichen Degenerationszeichen — auf Degeneration schliessen dürfen. Es bedarf stets der Berücksichtigung des Gesammtbildes und vor Allem der Berücksichtigung der Entwickelung dieser psychischen Besonderheiten. Nur wo die Keime derselben sich bis in die Kindheit oder wenigstens bis in die Pubertät zurückverfolgen lassen, wird man mit genügender Sicherheit erbliche Degeneration annehmen dürfen. Auch eine eigenthümliche Periodicität in den absonderlichen Stimmungen und Handlungen verräth oft in vorgerücktem Alter noch den Einfluss schwerer erblicher Belastung.

Die Gesammtheit einer grösseren Zahl psychischer und somatischer Degenerationszeichen wird auch als die degenerative psycho- und neuropathische Constitution bezeichnet. Im Folgenden werden wir noch eine grosse Reihe verschiedener psycho- und neuropathischer Constitutionen kennen lernen, welche sich auf Grund anderer ätiologischer Schädlichkeiten entwickeln. Die auf schwerer erblicher Belastung beruhende, degenerative psychopathische und neuropathische Constitution hat so viele charakteristische Eigenthümlichkeiten, und kommt so selten auf Grund anderer ätiologischer Schädlichkeiten*) vor, dass meist aus ihrer Anwesenheit, d. h. also aus dem Vorhandensein zahlreicherer psychischer und somatischer Degenerationszeichen ein Rückschluss auf das Vorhandensein schwerer erblicher Belastung gestattet ist. In Fällen, wo eine genaue Anamnese bezüglich der Heredität nicht zu erheben ist, so z. B. bei unehelich geborenen Individuen, ist dies von grösster praktischer Bedeutung.

Progressive erbliche Degeneration. Zuweilen beobachtet

*) Am häufigsten findet man eine der degenerativen psychopathischen Constitution ähnliche constitutionelle Veränderung bei solchen unbelasteten Individuen, welche in frühester Jugend eine Gehirnkrankheit überstanden haben.

man, dass bei dem Kinde dieselbe Psychose oder Neurose wiederkehrt wie bei dem Vater oder der Mutter. Man bezeichnet dies als gleichartige Vererbung. Sehr viel häufiger ist die Vererbung ungleichartig, d. h. die Psychosen und Neurosen der Descendenz sind von denen der Eltern verschieden. Daher kann z. B. auch, wenn der Vater an Paranoia gelitten hat, bei dem einen Kind eine Epilepsie, bei dem anderen eine Manie, bei dem dritten ein periodisches Irresein auftreten. Man bezeichnet dies auch als den Polymorphismus der erblichen Uebertragung. — Bei schwerer erblicher Belastung findet man nicht selten, dass Generation für Generation ein grösserer Procentsatz der Familienglieder psychisch erkrankt und dass die Schwere der psychischen Erkrankungen Generation für Generation zunimmt. So kann z. B. die Trunksucht des Urahns in der nächsten Generation vielleicht noch vorwiegend acute heilbare Psychosen (Manie, Melancholie u. s. w.) bedingen; in der zweiten Generation treten —, vielleicht unter dem cumulirenden Einfluss schlechter Erziehung, Eheschliessungen innerhalb der Familie u. dgl. — bereits schwerere Psychosen auf (chronische Paranoia, epileptisches, hysterisches, periodisches Irresein). Endlich in der dritten Generation begegnen wir dem angeborenen Schwachsinn, und die Familie erlischt. Zu letzterem Ausgang trägt häufig auch die früher unter den Degenerationszeichen erwähnte Azoospermie bei.

2. Mechanische (traumatische) Läsionen des Centralnervensystems.

Soweit Kopfverletzungen eine Zerstörung des Gehirns an mehr oder weniger umschriebener Stelle bewirken, wird bei Besprechung des Einflusses der Heerderkrankungen des Gehirns derselben zu gedenken sein. An dieser Stelle handelt es sich um die feineren molekularen Veränderungen, welche eine Commotio cerebri herbeiführt. Ueber die Natur dieser Veränderungen wissen wir noch nichts. Die Gesammtheit der nach Commotionen (es sei durch direkten Schlag auf den Kopf oder schweren Fall) auftretenden Psychosen bezeichnet man als „Commotions-Irresein". Dasselbe schliesst sich zuweilen direkt an die Commotion an. Neben den bekannten Commotionserscheinungen beobachtet man in solchen Fällen allerhand Sensationen, welche in das Innere des Kopfes verlegt werden. „Es ist, als ob sich im Kopfe alles rundum dreht", geben die Kranken häufig an. Auch Scheinbewegungen der Objecte sind nicht selten. Viele klagen direct über ein „Trunkenheitsgefühl", andere lediglich über Schwindel. Der Gang des Kranken kann dem eines Betrunkenen vollständig gleichen. Häufig ist eine allgemeine sensible und sensorielle Hyperästhesie und Hyperalgesie. In anderen Fällen besteht umgekehrt für Stiche eine ausgeprägte Hypal-

gesie. Unter den sonstigen psychischen Symptomen stehen Hallucinationen und Angstaffecte oben an. Seltener ist das plötzliche Aufschiessen primärer Wahnvorstellungen. Sowohl die Hallucinationen wie die etwaigen Wahnideen sind durch schreckhaften Inhalt ausgezeichnet. Die Association ist häufig völlig gehemmt. Daraus resultirt oft eine hochgradige Schwerbesinnlichkeit und Unorientirtheit. Auch eine echte primäre Incohärenz ist nicht selten. Mit der Associationsstörung hängt auch der hochgradige amnestische Defect zusammen, welcher gewöhnlich nach Abklingen der acuten Krankheitserscheinungen zu bestehen pflegt. Auch die Handlungen haben meist eine ganz charakteristische Färbung: neben katatonischen Zuständen kommen schwere impulsive Gewalthandlungen und ein planloses Fort- und Umherlaufen vor. In anderen Fällen vergehen nach dem Trauma zunächst einige Stunden oder Tage und selbst einige Wochen ohne erheblichere Störung, bis plötzlich eine traumatische Psychose mit den eben beschriebenen Symptomen ausbricht. Nicht selten entwickelt sich im Anschluss an ein acutes Stadium weiterhin eine chronische geistige Veränderung, welche der sogen. secundären Demenz entspricht. Häufig täuscht diese traumatische secundäre Demenz, wenn sie progressiv zunimmt, geradezu das Bild der Dementia paralytica vor; denn auch Lähmungserscheinungen und Coordinationsstörungen (z. B. der Sprache) werden ab und zu beobachtet. Auch der Sectionsbefund kann demjenigen der Dementia paralytica in solchen Fällen ab und zu sehr ähnlich sein. In anderen Fällen bleibt die secundäre Demenz auf einer gewissen Stufe stationär: bis auf eine mässige Urtheilsschwäche, eine Verarmung an complexen und namentlich an abstracten Begriffen und den Untergang der complicirteren Gefühlstöne ist der Kranke normal.

In einer letzten Reihe von Fällen bleibt der Getroffene Monate und Jahre lang geistig gesund. Höchstens fällt denjenigen, welche den Getroffenen früher sehr genau kannten, auf, dass er reizbarer ist, rascher geistig ermüdet, eine leichte Einbusse an Vielseitigkeit der Interessen und an Schnelligkeit und Weitsichtigkeit des Urtheils erfahren hat und resistenzloser gegen Alkohol ist. Damit ist eine Prädisposition geschaffen, welche für die Einwirkungen anderer ätiologischer Schädlichkeiten den Boden vorbereitet. Eine geringfügige Schädlichkeit, welche vor dem Trauma ohne pathologische Reaction ertragen wurde, führt nach dem Trauma in Folge der durch das Trauma geschaffenen neuro- bezw. psychopathischen Constitution zum Ausbruch einer schweren Psychose. Mitunter entwickelt sich auch aus dieser Prädisposition eine sog. traumatische Neurasthenie oder — in anderen Fällen — eine traumatische Hysterie.

Aehnlich wie die Commotio cerebri wirken nicht selten auch schwere calorische Insulte (Insolation u. dgl.).

3. Toxische Einflüsse.

Die Intoxicationen wirken sehr verschieden, je nachdem sie acut oder chronisch sind. Für einzelne Stoffe kennen wir nur Psychosen in Folge chronischer Einwirkung auf das Nervensystem, für andere nur Psychosen in Folge einmaliger (acuter) Einwirkung, für die meisten sind Psychosen aus beiderlei Ursachen bekannt.

a. Alkohol.

Nächst der Erblichkeit ist der Alkoholmissbrauch die wichtigste Ursache von Psychosen. Die acute Alkoholintoxication ist praktisch für den Psychiater weniger wichtig: gelegentlich kommen freilich sog. pathologische Rauschzustände vor, welche durch Unorientirtheit, Incohärenz, vereinzelte Hallucinationen (seltener Wahnvorstellungen) und tobsüchtige motorische Entladungen mit nachfolgender Amnesie ausgezeichnet sind. Um so grössere Bedeutung hat die chronische Alkoholintoxication, der chronische Alkoholismus.*)

Man fasst unter diesem Sammelnamen alle diejenigen Organerkrankungen zusammen, welche auf Grund eines excessiven, jahrelang betriebenen Alkoholgenusses sich entwickeln. Als besonders deletär ist der Amylalkohol (Fuselöl), sowie der sog. Absinthliqueur zu bezeichnen. Auch Eau de Cologne ist — z. B. bei Damen aus besseren Ständen — schon als spirituöses Gewohnheitsgetränk gefunden worden. Behufs Feststellung des chronischen Alkoholmissbrauches ist von den Angaben des Patienten selbst fast stets abzusehen, da Unwahrhaftigkeit eines der constantesten Symptome der sog. alkoholistischen Charakterdegeneration ist. Ausser den Angaben der Umgebung, namentlich der Ehefrau, ist der Arzt daher darauf angewiesen, den Alkohol aus seinen Wirkungen auf die verschiedensten Organsysteme (chronischer Magendarmcatarrh, fettige Degeneration des Herzmuskels und der Leber, Lebercirrhose, chronische Nephritis, Atheromatose der Gefässe, multiple Alkoholneuritis, Alkoholepilepsie) nachzuweisen. Doch ist zu bemerken, dass zuweilen bei ausgesprochenen alkoholistischen Psychosen die pathologischen Veränderungen der Körperorgane relativ geringfügige sein können. Als besonders sinnfälliges Merkmal des chronischen Trinkers sei speciell noch die gedunsene, fahle, von Gefässektasien durchsetzte kühle Haut angeführt. Besonders wichtig sind für die Diagnose die alkoholistischen Störungen im Gebiete des Nervensystems. Für einen grossen Theil dieser Störungen ist die pathologisch-anatomische Grundlage noch gar nicht ermittelt. Hierher gehören namentlich folgende Symptome:

*) Dabei kann die Psychose, welche auf dem Boden der chronischen Intoxication ausbricht, sehr wohl peracut entstehen und verlaufen (wie z. B. das Delirium tremens).

1. Allgemeine Paresen. Der Händedruck sinkt bei dynamometrischer Messung bis auf 30° (also etwa ein Viertel der Norm) herab, der Gang wird schlotternd, die Mundfacialismuskulatur erschlafft bald einseitig, bald doppelseitig (daher das ausdruckslose Gesicht der meisten Trinker), die Zunge weicht unter starkem Schwanken und fibrillärem Zittern nach einer Seite ab.

2. Der sogenannte Tremor alkoholicus. Derselbe pflegt in Armen und Beinen am stärksten zu sein. Auch Mundmuskeln und Zunge sind oft betheiligt; es kommt dann zu entsprechender Sprachstörung. Er verstärkt sich bei jeder willkürlichen Innervation. Er ist nicht auf die paretischen Muskeln beschränkt. Meist besteht er aus kleinen rhythmischen Oscillationen. Zuweilen steigert er sich — namentlich im Gefolge längerer Entziehung des Alkohols — zu allgemeinen, Gehen und Stehen behindernden Schüttelkrämpfen. Erwähnenswerth ist, dass der Tremor alkoholicus durchaus nicht pathognomonisch ist, er fehlt ab und zu bei ausgesprochenen Trinkern und findet sich ab und zu mit allen seinen Merkmalen bei Nichttrinkern (Epilepsie, Meningitis). Von dem Tremor alkoholicus zu unterscheiden sind die isolirten oder clonischen Zuckungen, sowie die tonischen Krämpfe (namentlich in den Waden), welche sich öfter bei Trinkern finden. Ataxie s. str. ist selten, Romberg'sches Schwanken häufig.

3. Sensibilitätsstörungen. Am häufigsten sind Parästhesien, Hyperästhesien und Neuralgien. Der Localisationsfehler ist meist, namentlich an Vorderarmen und Händen, sowie Unterschenkeln und Füssen trotz der Hyperästhesie vergrössert. Die Anästhesien, welche in späteren Stadien zur Beobachtung kommen, beruhen meist auf einer hinzugekommenen Alkoholneuritis oder auf der nicht gerade seltenen Complication mit Hysterie.

4. Sensorielle Störungen. Subjective Empfindungen, bezw. elementare Hallucinationen der höheren Sinne, fehlen selten, so namentlich Funkensehen, Mouches volantes, Ohrenklingen u. s. w.; Amblyopien sind häufig. Die ophthalmoskopische Untersuchung vermag öfter eine temporale Abblassung der Papille oder auch eine diffuse, leichte, aber deutliche pathologische Trübung derselben zu constatiren.

5. Hautreflexe und Sehnenphänomene sind, wofern nicht eine Complication mit multipler Neuritis vorliegt, meist gesteigert. Lichtträgheit oder Lichtstarre der Pupillen ist selten.

Sehr wichtig für die allgemeine Diagnose des chronischen A. ist endlich die sogenannte alkoholistische psychische Degeneration (ohne ausgeprägte Psychose). Dieselbe ist charakterisirt durch eine zunehmende Schwäche des Gedächtnisses, Verlangsamung der Auffassung und des Urtheils und Verlust der ethischen und ästhetischen

Vorstellungen und Gefühle. Lügenhaft und verleumderisch (Wahn ehelicher Untreue!), jähzornig und doch feig sind fast alle Alkoholisten. Besondere Beachtung verdienen die gelegentlichen Depressionszustände und Angstanfälle. Das abschweifende, ausmalende, an den Biertisch erinnernde Reden des Trinkers verräth gleichfalls die sinkende Intelligenz. Der unaufhaltsame Niedergang der Willeuskraft lässt alle Besserungsvorsätze zu Schanden werden.

Die vollentwickelten Psychosen, welche auf dem Boden des Alkoholismus zu Stande kommen, werden in der speciellen Pathologie ausführlich besprochen werden. Besonders sei auch auf die in der speciellen Pathologie eingefügte ätiologische Classification der Psychosen verwiesen. Gemeinschaftliche Züge, welche der chronische Alkoholismus den gewöhnlichen Psychosen da, wo er ätiologisch eine erheblichere Rolle spielt, meist aufprägt, sind

1. Eine Neigung zu Illusionen und Hallucinationen, zumal bunten, plastischen, in grosser Zahl auftretenden Gestalten,

2. Eine schwachsinnige Färbung der auftretenden Wahnvorstellungen.

Dazu kommen weiter alle jene Züge, welche oben als „alkoholistische psychische Degeneration“ beschrieben wurden.

Ueber die Art und Weise, in welcher der Alkoholmissbrauch das Centralnervensystem und speciell die Grosshirnrinde schädigt, ist Folgendes zu bemerken. Zunächst bedingt der Alkoholabusus eine indirekte Schädigung der Hirnrinde, insofern er fettige Degeneration zahlreicher für den Gesammtstoffwechsel wichtiger Organe (Leber, Nieren, Magendrüsen) hervorruft: unter der so entstandenen allgemeinen Stoffwechselstörung muss selbstverständlich auch die Ernährung und damit die Function des Centralnervensystems leiden. Eine weitere indirecte Schädigung kommt dadurch zu Stande, dass der in Folge des Alkoholabusus fettig degenerirte Herzmuskel die Blutcirculation in unausreichender Weise besorgt. Wichtiger noch sind die localen Einwirkungen des Alkohols auf die Blutgefässe. Die Wandungen derselben verfallen, wie im übrigen Körper, so auch in der Hirnrinde, einer atheromatösen Degeneration. Durch diese werden neue, schwere Schädigungen der Rindenernährung bedingt. Endlich kommt noch der direkte deletäre Einfluss des Alkohols auf die nervösen Elemente hinzu. In vielen Fällen mag derselbe, ebenso wie die erwähnten trophischen Störungen, ein functioneller bleiben, d. h. unsere mikroskopischen Untersuchungsmethoden vermögen Veränderungen an den Ganglienzellen und Nervenfasern der Hirnrinde nicht nachzuweisen. In vielen anderen Fällen lassen sich makroskopisch oder wenigstens mikroskopisch schwere Veränderungen in der Hirnrinde erkennen. Ebenso wie bekanntermaassen der Alkoholabusus nicht selten in den peripheren Nerven die Fasern zerstört (multipl. Alkoholneuritis),

ebenso beobachtet man einen Faserschwund in der Markleiste der Hirnrinde und in der Hirnrinde selbst. Ausserdem zeigt der Körper der corticalen Ganglienzellen sowie der Axencylinderfortsatz in den schwereren Fällen nicht selten erhebliche krankhafte Veränderungen. Alle diese organischen Veränderungen beobachtet man namentlich in denjenigen Fällen, welche mit einem erheblicheren Intelligenzdefect einhergingen, speciell auch bei der sogenannten Alkoholparalyse, d. h. einer auf dem Boden des chronischen Alkoholismus auftretenden, in dem klinischen Symptomenbild mit der Dementia paralytica übereinstimmenden Psychose.

b. Metallgifte.

Obenan stehen die Blei- und Quecksilbervergiftung. Beide sind fast ausschliesslich als chronische Intoxicationen bekannt. Die Psychose, welche auf dem Boden dieser chronischen Intoxication ausbricht (meist im Anschluss an eine accidentelle Gelegenheitsveranlassung) hat bald chronischen, bald acuten Charakter.

Wie der Alkohol erzeugt auch das Blei bei chronischer Einwirkung oft eine psycho- und neuropathische Constitution, welche in der Regel einige eigenartige Symptome zeigt. Bekanntlich sind Anstreicher, Schriftgiesser, Schriftsetzer, Töpfer, Glasarbeiter und Bergleute der Bleivergiftung am meisten ausgesetzt. In seltenen Fällen hat auch Verunreinigung des Trinkwassers durch Bleiröhren zu Bleipsychosen geführt. Die körperlichen Symptome sind auch bei ausgesprochenen Bleipsychosen mitunter relativ schwach entwickelt, so die Bleianämie, der bläulich-schwarze Saum am Zahnfleisch, die Kolik, die fälschlich so genannte saturnine Arthralgie, der Tremor, die cerebrale, spinale und periphere Lähmung, die saturnine Neuritis optica, die Bleiskotome, die tonischen und klonischen Krampfanfälle u. s. w. Die psychischen Symptome bestehen in Schlaflosigkeit, Schwindel, elementaren Gehörstäuschungen, leichter motorischer Agitation; ab und zu treten auch Angstaffecte, vereinzelte Hallucinationen oder unbestimmte Wahnvorstellungen auf. Mitunter beschränkt sich zeitlebens die psychische Veränderung auf diese „saturnine psychopathische Constitution". Häufiger kommt es zu schweren acuten oder chronischen Psychosen. Allen ist fast ausnahmslos das Auftreten massenhafter Hallucinationen gemeinsam. Dieselben bedingen in der Regel eine schwere hallucinatorische Incohärenz und Unorientirtheit. Auch primäre Angstaffecte sind häufig. Die Wahnvorstellungen sind inhaltlich meist als Verfolgungsideen zu bezeichnen. In den schweren chronischen Fällen kommt es meist zu Intelligenzdefecten.

Auch das Blei schädigt die Hirnrinde ähnlich wie der Alkohol theils

in directer, theils in indirecter Weise. Bald ist die Schädigung lediglich eine functionelle,*) bald makroskopisch oder mikroskopisch nachweisbar. Unter den indirekten Schädigungen spielt die Bleierkrankung der Nieren öfters eine grosse Rolle. In anderen Fällen überwiegen die Veränderungen an den kleinen und kleinsten corticalen Gefässen. Endlich ist auch eine directe Einwirkung des Bleies auf die Ganglienzellen und Fasern der Hirnrinde wahrscheinlich; dieselbe ist derjenigen analog, welche wir bei den gewöhnlichen Bleilähmungen in den Ganglienzellen des Rückenmarks sowie in den peripheren Nervenfasern (periaxiale Neuritis) finden.

Das Quecksilber erzeugt zuweilen ganz ähnliche psychische Veränderungen wie das Blei. Man wird namentlich bei Arbeitern in Quecksilberminen, Spiegelarbeitern, Thermometer- und Barometerarbeitern, Filzhutmachern und Pelzhändlern an eine Quecksilberintoxication denken müssen. Stomatitis (Salivation), Gastrointestinalkatarrh und namentlich der Quecksilbertremor sind die charakteristischsten körperlichen Begleitsymptome.

Anzureihen sind hier auch die Vergiftungen mit gewissen Gasen, so mit Kohlenoxyd (meist acut) und mit Schwefelkohlenstoff (meist chronisch, namentlich bei Arbeitern in Gummifabriken).

c. Alkaloide.

Weitaus am wichtigsten sind unter diesen die Narcotica, speciell das Morphin. Letzteres hat auf das Centralnervensystem ganz ebenso deletären Einfluss wie der Alkohol. Nur der chronische Missbrauch hat praktische Bedeutung für den Psychiater. Die Kranken gelangen zu demselben meist bei einem schmerzhaften Leiden (Pleuritis, Gelenkrheumatismus, Neuralgien u. dgl.). Andere wenden das Morphium zum ersten Male gegen quälende Schlaflosigkeit an. Manche greifen zum Morphium, um irgendwelche Affecte (Aerger u. dgl.) zu betäuben. Auch die Nothlage des Arztes, der nach einer in Alkoholexcessen oder auch in aufregender Thätigkeit verbrachten Nacht am Morgen sich unwohl und erregt fühlt, verführt nicht selten zu der ersten Morphiumdosis. Solche Gelegenheiten wiederholen sich. Der Kranke verliert seine Widerstandskraft und seine Ruhe gegenüber Schmerzen und Affecten immer mehr. Er muss öfter zum Morphium greifen und, da alsbald eine Gewöhnung eintritt, zu höheren Dosen. Nun kommt hinzu, dass mit der Gewöhnung auch das Bedürfniss sich einstellt. Auch ohne Schmerzen oder irgend einen anderen Anlass greift der Kranke zum Morphium,

*) Wie die chronische Alkoholintoxication kann auch die chronische Blei- und die chronische Quecksilbervergiftung z. B. zuweilen das klinische Bild der Hysterie hervorrufen.

weil die mit der Enthaltung verknüpfte „Unruhe“ sich einstellt. Diese qualvolle Unruhe der Abstinenz beherrscht fortan die weitere Entwickelung. Sie besteht erstens in einer Empfindnng der Unruhe, welche der Kranke meist in den ganzen Körper verlegt, zweitens in einer „Unruhe der Ideenassociation,“ d. h. in einer leichten Beschleunigung und Incohärenz des Gedankenablaufs, welche dem Kranken jede Concentration und jedes zusammenhängende Arbeiten auf das Höchste erschwert, und drittens in einer motorischen Unruhe, d. h. einem fortwährenden Bewegungsdrang, welcher den Kranken auf keinem Platz länger bleiben lässt; öfters kommen anch Angstaffecte hinzu. Der Schlaf schwindet. Diese Abstinenzerscheinungen treiben den Kranken zu immer höheren Dosen. Von der Ursache, welche anfänglich die Morphiumverwendung bedingte, hat sich der Morphiumgebrauch nunmehr unabhängig gemacht. Erst von diesem Augenblick an darf man von Morphinismus im engeren Sinne sprechen.

Weun anfangs noch der Arzt das Morphium verschrieb und die Dosis bestimmte, so sucht jetzt der Kranke auf eigene Faust sich Morphium zu verschaffen und nimmt das Morphium nach eigenem Gutdünken, d. h. entsprechend dem wachsenden Abstinenzbedürfniss. Schliesslich gelangt er auf Tagesdosen von 1—3 Gramm und mehr.*) Die Anwendungsweise ist meist eine snbcutane. Oefters wird anch statt des Morphiummissbranchs Opiummissbranch**) (Opiophagie) beobachtet. Viele Opiophagen gehen übrigens später doch zu dem Alkaloid über.

Die wichtigsten körperlichen Veränderungen, welche der Morphiummissbranch nach sich zieht, sind

1. Schwere Stoffwechselstörung: hierher gehört namentlich anch die kachektische Anämie des Morphinisten. Auch Hämophilie wird ab und zu beobachtet. Neigung zn Hantphlegmonen und Zahncaries ist häufig.

2. Störungen des Digestionstracts: Herabminderung der motorischen und secretorischen Leistungsfähigkeit des Mageumuskels resp. der Magenschleimhant, hochgradige Anorexie, Obstipation.

3. Vasomotorische Störungen und Störungen der Herzinnervation (Bradykardie und Pulsarhythmie).

4. Die Pupillen sind im Anfang des chronischen Morphiummissbrauchs eng. Später stellt sich oft eine abnorme Mydriasis ein. Die Reactionen werden nach und nach träger und weniger ausgiebig. Auch die Accommodation leidet nicht selten.

5. Die grobe motorische Kraft der Extremitäten und Rumpfmuskeln nimmt ab. Jede Einspritzung belebt dieselbe nur für kurze Zeit wieder

*) Die höchste bis jetzt beobachtete Tagesdosis ist 5,5 g.

**) Auch opiumhaltige Arzneien (Pulvis Doweri, sogenannte Choleratropfen u. dgl.) können den ersten Anstoss zu Morphinismus geben.

etwas. Namentlich die motorische Ermüdung tritt immer rascher ein. Die Schlaffheit der Gesichtszüge und die Trägheit des Mienenspiels verrathen, dass auch die Facialismusculatur sich an der allgemeinen Herabsetzung der motorischen Innervation betheiligt. Häufig beobachtet man statischen oder Intentionstremor. Auch wirkliche Ataxie und Rombergsches Schwanken findet sich öfters.

6. Auf sexuellem Gebiet besteht Impotenz, zuweilen ist auch bei erhaltener Erectionsfähigkeit die sexuelle Libido erloschen.*) Der Schlaf ist aufgehoben.

7. Sensible und sensorielle Hypästhesien und Hypalgesien sind häufig. Das Gesichtsfeld ist concentrisch eingeengt. Ringförmige und andere Skotome sind nicht selten. Seltener ist eine über das ganze Gesichtsfeld sich erstreckende Amblyopie oder Amaurose. Nicht selten entwickelt sich auf dem Boden des chronischen Morphinismus auch der typische neuropathologische Symptomencomplex der Hysterie.

Kopfschmerzen (oft halbseitig), lancinirende Schmerzen in den Extremitäten, circumscripte Neuralgien sind sehr häufig.

Die psychischen Symptome des chronischen Morphinismus sind

1. Hallucinationen und Illusionen: dieselben sind — wenigstens in complicirterer Form — nicht häufig. Meist handelt es sich nur um sehr einfache, elementare Hallucinationen, wie Funkensehen, Ohrenklingen u. dgl. Sehr viel häufiger sind Parästhesien der Haut, namentlich in den unteren Extremitäten. Die eigenartigen Kälteempfindungen, über welche die meisten Morphinisten klagen, sind vielleicht auch hierher zu rechnen.

2. Associationsstörungen: schon nach kurzer geistiger Arbeit tritt Ermüdung ein. Die Association wird träge und leicht incohärent. Die Kranken vermögen eine längere und verwickeltere Vorstellungsreihe nicht mehr in ihrem Zusammenhang zu verfolgen. Zu ernsterer geistiger Arbeit sind sie daher unfähig. Häufig besteht zugleich eine abnorme Reizbarkeit. Die körperlichen Empfindungen der Unruhe tragen dazu bei, den Vorstellungsablauf fortwährend zu stören. Das Gedächtniss, d. h. der Schatz an Erinnerungsbildern, bleibt in der Regel intact.

3. Affectstörungen. Der Angstanfälle wurde bereits gedacht. Sehr wichtig ist auch die morphinistische Charakterdegeneration, welche der alkoholistischen nahe verwandt ist. Sie beruht wie letztere auf dem Untergang der complicirteren, namentlich auch der ethischen Gefühlstöne. Wie der Alkoholist lügt der Morphinist. Da der Intelligenzdefect viel unerheblicher ist, lügt er meist mit viel mehr Geschick. Zur Lüge kommt häufig die Intrigue hinzu. Alle Pflichtgefühle gehen nach und

*) Atrophie des Uterus ist gleichfalls beobachtet. Sehr häufig ist Amenorrhoe.

nach verloren, ebenso alle höheren Interessen. Damit hängt es auch zusammen, dass fast alle Morphinisten nach jeder Entziehung binnen Kurzem wieder rückfällig werden:*) die ethischen Vorstellungen haben ihren Gefühlston eingebüsst und damit ihren Einfluss auf das Handeln verloren. Die „Willenskraft“ der Kranken hat unheilbar gelitten.

Vollentwickelte acute Psychosen sind auf dem Boden des Morphinismus selten. Nur bei plötzlicher Entziehung des Morphiums oder plötzlicher erheblicher Verminderung der gewohnten Dosis, also in der sog. Abstinenz, kommt es neben den charakteristischen somatischen Abstinenzsymptomen (gefährliche Collapse, profuse Diarrhöen, Erbrechen, Gähnen, schwerer Tremor und Ataxie — auch der Sprachbewegungen —, multiple Schmerzen u. s. w.) zu heftigen acuten psychopathischen Symptomen. Schwere Angsteffecte und massenhafte Hallucinationen (vorzugsweise des Gesichts) spielen unter denselben die Hauptrolle. Hallucinatorische Incohärenz und hallucinatorische Wahnvorstellungen treten häufig hinzu. Mitunter kommt es zu ausgesprochener Tobsucht.

Auch der Cocaïnmissbrauch ist neuerdings häufiger geworden. Meist handelt es sich um Individuen, welche ursprünglich Morphinisten waren und, um das Morphium loszuwerden, dasselbe durch Cocaïn zu ersetzen versuchten. Dieser Versuch scheitert in der Regel völlig: die Kranken erzielen höchstens eine geringe und noch dazu nur vorübergehende Verminderung ihrer täglichen Morphiumdosis und verfallen obendrein dem Cocaïnismus. Letzterer verhält sich insofern umgekehrt wie der Morphinismus, als die Cocaïnabstinenz in der Regel ohne schwerere psychopathische Erscheinungen verläuft, vielmehr gerade der chronische Cocaïngebrauch an sich schwere Psychosen bedingt. Dieselben gehören grösstentheils der in der speciellen Pathologie ausführlich behandelten hallucinatorischen Paranoia an.

Erheblich seltener sind psychopathische Erscheinungen oder Psychosen nach dem acuten oder chronischen excessiven Gebrauch des Atropins, Hyoscins u. s. w.

Grössere Bedeutung besitzt der Nicotinmissbrauch für die Aetiologie der Psychosen. Speciell schädigt das excessive Rauchen schwerer, importirter Cigarren das Centralnervensystem in ganz erheblicher Weise. Neben schweren Störungen der Herz- und Gefässinnervation (Angina pectoris) und der Darminnervation, sowie neben Amblyopieen und subjectiven Geräuschen beobachtet man auch das Auftreten vollentwickelter Psychosen (Zwangsvorstellungen, neurasthenisches Irresein). Auch bei der Entwickelung der Dementia paralytica, also einer Psychose auf organischer Grundlage, scheint dem Nicotinmissbrauch eine gewisse ätiologische Bedeutung zuzukommen.

*) Oder, was ebenfalls nicht selten ist, dem Alkoholismus verfallen.

Ergotismus, d. h. chronische Vergiftung durch Ergotin, ist bei Verunreinigung des Brotes durch Mutterkorn ab und zu epidemisch beobachtet worden. Auf körperlichem Gebiete sind die Hauptsymptome: epileptische Anfälle, Parästhesien, Hypalgesie, Ataxie, Fehlen des Kniephänomens. Auf psychischem Gebiet ist das hervorstechendste Symptom eine erhebliche Denkhemmung und ein Defect der Intelligenz. Letzterer ist nicht progressiv. Die Section ergiebt namentlich eine schwere Erkrankung der Burdach'schen Stränge des Rückenmarks.

Eine Verunreinigung des Mais, welche noch nicht näher bekannt ist, bedingt die sog. Pellagra. Dieselbe kommt fast nur in Norditalien vor, ausserdem in vereinzelten Gegenden Spaniens, Südfrankreichs und Rumäniens. Das Leiden erstreckt sich oft über 10—15 Jahre; in jedem Frühling stellt sich eine Exacerbation ein. Die Hauptsymptome sind Veränderungen der Haut und schwere Durchfälle, Parästhesien, diffuse Lähmungen, Tremor, Opticusatrophie, Retinitis pigmentosa. Dazu kommt auf psychischem Gebiet ein merklicher Defect der Intelligenz, sowie namentlich depressive Affectstörungen.

4. Physiologische Entwickelungsvorgänge.

Die wichtigsten Etappen der normalen Entwickelung sind die Pubertät und das Senium. Wie schon oben erwähnt, bedingen beide einen Anstieg der psychischen Morbiditätscurve.

a. Die Pubertät.

Mit der Geschlechtsreife, im 13.—20. Lebensjahre findet eine völlige Umwälzung der körperlichen und psychischen Lebensvorgänge statt. Aus den Genitalorganen strömen dem Gehirn zahlreiche neue Reize zu. So entstehen auf psychischem Gebiet ganz neue Organempfindungen und ganz neue Vorstellungskreise, die von mächtigen Gefühlstönen begleitet sind. Gerade die letzteren gehen den neuen Empfindungen und Vorstellungen einen gewaltigen Einfluss auf das Denken und Handeln. Auch bei dem normal veranlagten Individuum vollzieht sich diese körperliche Umwälzung nicht ganz ohne psychische Reactionen. Das Gehirn überwältigt die neuen Reize nicht sofort und verarbeitet sie daher in unausreichender Weise. Der Trotz und der ungeschlachte Uebermuth der Flegeljahre wird oft von unmotivirt — sentimentalen und weltschmerzlichen Stimmungen abgelöst. In der Lectüre werden die Indianer- und Kriegsgeschichten von dem Roman verdrängt. Zahlreiche halbverstandene Begriffe mit wenigen inhaltgebenden Partialvorstellungen, aber sehr lebhafter Gefühlsbetonung, werden aufgenommen. Der Hang zur Strasse und zu der derben Ausdrucksweise der Flegeljahre weicht einem Hang zur Einsamkeit und zu einem phrasenhaften Pathos. Das Individuum,

das in den Flegeljahren nicht wusste, wo es mit seinen Extremitäten bleiben sollte, vermag jetzt sein Ich nicht in die allgemeine Ordnung seiner Umgebung einzufügen. Die logische Fortbildung des Denkens scheint einige Jahre völlig stillzustehen. Gesteigert wird der Einfluss dieser Umwälzung in vielen Fällen noch durch onanistische Excesse, oder in anderen Fällen durch Stoffwechselstörungen (Pubertätschlorose u. dgl.). Wenn diese Umwälzung schon an dem normal veranlagten Individuum nicht spurlos vorübergeht, so wird begreiflich, dass ein pathologisch veranlagtes (z. B. erblich belastetes) Individuum durch dieselbe schwere psychische Schädigungen erfahren kann. So entstehen die sog. Pubertätspsychosen. Diese können unter den verschiedensten klinischen Bildern auftreten. Die Pubertätspsychose kann eine Manie, eine Melancholie, eine Paranoia sein u. s. f. In vielen Fällen findet man, dass diese unter dem Einfluss der Pubertät entstandenen Psychosen einige eigenartige gemeinsame Züge zeigen. Man bezeichnet die Gesammtheit dieser Züge als die „hebephrene Modification“ der Psychosen. So kennen wir eine hebephrene Manie, Melancholie u. s. f. In anderen Lebensaltern, auf Grund anderer ätiologischer Schädlichkeiten sind diese hebephrenen Züge in ihrer charakteristischen Beschaffenheit und Combination nur sehr selten zu beobachten. Dieselben bestehen wesentlich in Folgendem. Die Affecte wechseln auffällig rasch. Die Stimmungsstörungen sind zudem nicht einheitlich. In der ausgelassensten Heiterkeit äussert der Kranke hypochondrische oder weltschmerzliche Vorstellungen, in der schwersten Depression macht er alberne Scherze. Paramimie und Lachweinen sind sehr häufig. Die Kranken ergehen sich unter unzähligen Wiederholungen in hochtrabenden, gewählten Redensarten. Unverstandene Sentenzen werden altklug immer wieder eingestreut. Auffällige Widersprüche bleiben unbemerkt. Logische Verbindungen von Urtheilen zu Schlüssen kommen kaum zu Stande. Die Kranken lieben bizarre Satzconstructionen. Stundenlang stehen sie lächelnd, tänzelnd und selbst grimassirend vor dem Spiegel. Ihr ganzes Thun und Treiben s c h e i n t auf Zuschauer berechnet. Die Beziehung der successiven Bewegungen und Handlungen auf eine Zielvorstellung wird völlig vermisst. Etwaige Wahnideen fallen durch ihre Albernheit und Abenteuerlichkeit auf. Wie aus dieser kurzen Schilderung sich ergiebt, handelt es sich bei den meisten dieser Merkmale um pathologische Verzerrungen gewisser Züge, die auch der normalen Pubertät eigen sind.

b. Das Senium.

Der Einfluss des Seniums auf die psychische Entwickelung ist weit durchsichtiger. Er beruht offenbar auf der Abnahme der Leistungsfähigkeit der Hirnrinde. Auch bei den meisten normalen Individuen

macht sich dieser Einfluss geltend. Der egocentrischen Einengung des Gefühlslebens wurde bereits früher gedacht. Die Fähigkeit für fremde Schicksale und fremde Gedankenkreise mitzufühlen, oder auch nur dieselben zu verstehen, geht mehr und mehr verloren. Das Interesse des Kranken engt sich auf seine körperlichen Bedürfnisse und Annehmlichkeiten ein. Höchstens einige wenige Lieblingsgedanken und Lieblingsbeschäftigungen bleiben erhalten. Da diese nun aber ganz isolirt auftreten und der Kranke sie nicht mehr zu motiviren oder den veränderten Umständen anzupassen vermag, ist ihnen oft der Stempel eines starren Eigensinns aufgedrückt. Mit dem Verlust des Verständnisses und des Mitgefühls für die Gegenwart geht oft eine Neigung, die vergangenen Zeiten zu rühmen und fast geschwätzig von ihnen zu erzählen, Hand in Hand. Die Productivität der Ideenassociation hat aufgehört. Neue associative Verknüpfungen kommen nicht mehr zu Stande oder haften nicht mehr. Das Gedächtniss für das Jüngstvergangene nimmt langsam, aber stetig ab.

In der Norm tritt diese noch als physiologisch anzusehende senile Involution des Seelenlebens erst nach dem 70. Jahre ein. In manchen Fällen — z. B. auf Grund von Atheromatose — können entsprechend den körperlichen Symptomen des Senium praecox auch die psychischen Symptome der senilen Involution verfrüht auftreten.

Es ist ohne Weiteres verständlich, dass die senile Involution in hohem Maasse geeignet ist, bei prädisponirten (also z. B. erblich belasteten oder durch intra vitam stattgehabte Schädigungen der Widerstandskraft beraubten) Individuen vollentwickelte Psychosen zum Ausbruch zu bringen. Diese senilen Psychosen treten in den verschiedensten Formen (hallucinatorische Paranoia, incohärente Paranoia, Melancholie u. s. w.) auf. Die oben beschriebene senile Charakterveränderung modificirt das klinische Bild oft in ausgesprochener Weise. Schreckhafte Hallucinationen (auch bei Psychosen, welche sonst gewöhnlich ohne Hallucinationen verlaufen) und primäre Angstaffecte (auch bei den sog. nicht-affectiven Psychosen) sind fast allen senilen Psychosen gemeinsam, desgl. Schwindelanfälle. Oft findet sich eine schwere Unorientirtheit und Incohärenz. Nicht selten kommen im Senium auch bei functionellen Psychosen leichte Paresen, namentlich der Mundfacialismuskeln vor. Eine ganz specielle Form stellt endlich die sog. senile Demenz dar: bei dieser führt der Untergang der Rindenelemente zu einem fortschreitenden Intelligenzdefect. Diese senile Demenz wird in der speciellen Pathologie eingehend besprochen werden.

5. Körperliche Krankheiten.

a. Acute Krankheiten.

Sieht man von den Erkrankungen des Nervensystems ab, so sind es fast ausschliesslich die acuten fieberhaften Infectionskrankheiten, welche öfter psychopathische Erscheinungen oder auch vollentwickelte Psychosen hervorrufen. Auf der Höhe der Krankheit, sowie im Stadium der Abnahme der Krankheit (seltener im Beginn) treten ungemein häufig Illusionen, Hallucinationen und Störungen des Vorstellungsablaufs (primäre und hallucinatorische Incohärenz) auf. Auf der Höhe der Krankheit stehen diese psychischen Symptome in directer Abhängigkeit von der Fieberhöhe; d. h. ceteris paribus sind sie um so ausgesprochener, je höher das Fieber ist. Man bezeichnet sie daher auch als Fieberdelirien. Im Stadium der Abnahme der Krankheit stehen die psychischen Symptome in Abhängigkeit von der allgemeinen Ernährungsstörung und Schwäche. Man bezeichnet sie auch als Inanitionsdelirien. Sie unterscheiden sich von den Fieberdelirien namentlich durch die ausgiebigere Verarbeitung der Sinnestäuschungen zu Wahnideen und durch gelegentliches Auftreten primärer Wahnideen. Ausser der Fieberhöhe und der Ernährungsstörung scheinen übrigens auch die im Blut kreisenden infectiösen Microorganismen bezw. die von diesen gebildeten Toxine für das Auftreten dieser Delirien von Belang zu sein.

Ausser diesen „Delirien“ kommt es nicht selten sowohl auf der Krankheitshöhe wie im Stadium der Krankheitsabnahme zu vollentwickelten, abgeschlossenen Psychosen, welche auf dem Boden der Ernährungsstörung, der toxischen Veränderung des Bluts und der Temperatursteigerung entstehen, aber im Gegensatz zu den oben besprochenen Delirien eine gewisse Selbständigkeit gegenüber diesen ihren Ursachen erlangen. Typhus, Malaria, acuter Gelenkrheumatismus und Pneumonie rufen am häufigsten solche Psychosen hervor. Die meisten derselben gehören in das Gebiet der hallucinatorischen Paranoia: bald überwiegen agitirte, bald stuporöse Zustände. Verfolgungs- und Versündigungsideen sind häufiger als Grössenideen. Hemmung und Incohärenz des Vorstellungsablaufs ist sehr häufig, Ideenflucht seltener. Reine Manie und Melancholie sind nicht so häufig. Stupidität — oft mit Ausgang in unheilbare secundäre Demenz — ist etwas häufiger. Plötzliche Selbstmordversuche kommen sowohl bei den sog. Delirien, wie bei den Psychosen nicht selten vor. Die Intermittenspsychosen verlaufen nicht selten in periodischen Anfällen, welche den Fieberanfällen entsprechen, oder diese auch geradezu vertreten können. Häufig lässt sich bei allen diesen Psychosen nachweisen, dass durch andere ätiologische Schädlichkeiten (Heredität, Potus u. s. w.) bereits vor der fieberhaften Erkrankung

eine Prädisposition für psychische Erkrankung bestand. Die Psychose überdauert die ursächliche fieberhafte Erkrankung oft um Monate und selbst um ein Jahr (von dem ungünstigen Ausgang in secundäre Demenz ganz abgesehen).

h. Chronische Krankheiten.

Syphilis. Die Syphilis ist eines der wichtigsten ätiologischen Momente der Psychopathologie. Ganz abgesehen von der schweren Ernährungsstörung, welche die Syphilis häufig hervorruft, erzeugt die Syphilis

1. umschriebene, geschwulstartige Processe im Centralnervensystem in Gestalt gummöser Meningitiden und einzelner Gummiknoten, und

2. diffuse Veränderungen in den Gewebsbestandtheilen des Centralnervensystems; letztere spielen sich theils direct an den nervösen Elementen ab (Degeneration der markhaltigen Nervenfasern und Untergang der Ganglienzellen), theils am Zwischengewebe (Gliawucherung) und namentlich an den Gefässwänden (End- und Periarteriitis mit Auswanderung weisser und rother Blutkörperchen).

Die unter 2 angeführten Einwirkungen sind wahrscheinlich z. Th. gar nicht direct auf die Mikroorganismen der Syphilis zurückzuführen, sondern auf die von den letzteren gebildeten Toxine. Hiernach erscheint die Psychose oft als eine Nachkrankheit der Syphilis, etwa in ähnlichem Sinne, wie die postdiphtherische Lähmung eine durch Toxine bedingte Nachkrankheit der Diphtherie ist.

Die beiden wichtigsten Psychosen, für welche die syphilitische Infection die einzige oder die erheblichste ätiologische Bedeutung hat, sind die Syphilis des Gehirns und die Dementia paralytica.

Die anamnestische Feststellung einer stattgehabten syphilitischen Infection ist oft nicht leicht. Zunächst hat man mit der bewussten Unwahrhaftigkeit der Kranken zu kämpfen. In anderen Fällen lässt sich nicht bestimmen, ob ein Ulcus molle oder durum vorgelegen. Endlich ist nicht selten ein intraurethraler harter Schanker unter dem Bilde einer Gonorrhoe verlaufen. Am sichersten deutet auf einen syphilitischen Primäraffect (also harten Schanker) Einzahl des Geschwürs und schmerzlose Schwellung der Lymphdrüsen. Die secundären syphilitischen Erscheinungen entgehen der Beobachtung sehr oft. Wichtige Fingerzeige geben auch Aborte bei den Ehefrauen der Kranken. Mindestens ein Drittel aller Aborte ist auf Syphilis des Ehemannes zurückzuführen. Ferner wird man sich nach etwaigen Zeichen hereditärer Syphilis bei den Kindern erkundigen. Endlich vermag die objective Untersuchung Aufklärung zu verschaffen. Für diese kommen natürlich namentlich diejenigen syphilitischen Symptome in Betracht, welche für immer oder wenigstens

längere Zeit persistiren. Es sind dies namentlich folgende: die Lymphdrüsenschwellungen, das Leucoderma, die Narben, die Perforationen des Gaumens und der Nasenscheidewand und die periostitischen Belege und die höckerigen Auftreibungen (Tophi) der Knochen, so z. B. der medialen Tibiaflächen u. s. w. Man wird daher bei der Aufnahme des Status praesens stets auf diese Zeichen achten müssen.

Der Zeitraum, welcher zwischen dem Primäraffect und dem Ausbruch der Psychose liegt, schwankt innerhalb weiter Grenzen. Gerade 10—20 Jahre nach der Infection beobachtet man oft den Ausbruch schwerer organischer Psychosen, bei denen Syphilis die einzige oder wichtigste ätiologische Rolle spielt.

Sehr wichtig ist auch die hereditäre Syphilis. Viele Fälle kindlicher Psychosen, namentlich auch viele Fälle von angeborenem Schwachsinn, sind auf dieselbe zurückzuführen. Ab und zu beobachtet man auch einen verspäteten Einfluss dieser hereditären Syphilis. So kann dieselbe z. B. in den zwei ersten Lebensjahrzehnten völlig latent verlaufen und erst im dritten oder gar im vierten schwere syphilitische Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems bedingen.

Das Ulcus molle und die acute Gonorrhoe spielen selten eine ätiologische Rolle. Die chronische Gonorrhoe bedingt zuweilen schwere melancholische Verstimmung mit oder ohne neurasthenische Symptome; oft bildet sie die Anknüpfungskrankheit für hypochondrische Wahnvorstellungen.

Tuberkulose.*) Meist beobachtet man bei Tuberkulösen eine Neigung zu optimistischer Auffassung ihres Leidens (Euphorie der Tuberkulösen). In seltenen Fällen kommt es zu entwickelten Psychosen und zwar entweder zu Melancholien oder zu hallucinatorischen Erregungszuständen im Sinne der bereits gelegentlich erwähnten, unten ausführlicher zu besprechenden sog. Erschöpfungs- oder Inanitionsdelirien.

Carcinose. Die Carcinose kann direct das Centralnervensystem befallen, indem carcinomatöse Wucherungen in den Meningen oder carcinomatöse Heerde im Innern des Gehirns sich entwickeln. Diese locale Metastase ist bei dem Carcinom fast noch häufiger als bei der Tuberkulose (wenigstens derjenigen des Erwachsenen). Die Carcinommetastasen erzeugen dieselben psychopathischen Erscheinungen wie jeder andere Hirntumor. Ausserdem wirkt die Carcinose indirect, indem sie eine progressive Kachexie bedingt. So kommt es ähnlich wie bei der

*) Weit häufiger spielt umgekehrt die Psychose eine ätiologische Rolle bei Entstehung der Tuberkulose; die ungenügende Ernährung, die mangelhafte Respiration (namentlich in stuporösen Zuständen), endlich leider auch die unzureichende hygienische Einrichtung und Fürsorge mancher Anstalten erklärt die auffällig hohe Morbidität und Mortalität an Tuberkulose unter den chronischen Geisteskranken.

Tuberkulose zu den sog. Erschöpfungsdelirien. Auch schwere Melancholien werden ah und zu beobachtet.

Magenerkrankungen gehen öfters zu hypochondrischen Melancholien Anlass. Die chronischen functionellen Magenstörungen, welche man als nervöse Dyspepsie bezeichnet, können meist nicht als Ursache für eine etwa bestehende Psychose angesehen werden, sondern sind der letzteren coordinirt. (Vgl. neurasthenisches Irresein in der speciellen Pathologie.) Chronische Darmkatarrhe führen gleichfalls mitunter zu hypochondrischen Melancholien; doch muss man sich hüten, jede hartnäckige Obstipation ohne Weiteres auf chronischen Darmkatarrh und weiter auf einen solchen hypothetischen chronischen Darmkatarrh die Melancholie oder Neurasthenie zurückzuführen. Viel häufiger ist die Obstipation lediglich auf eine Innervationsstörung des Darms zurückzuführen, welche selbst eine Theilerscheinung der allgemeinen Psychoneurose ist.

Herzkrankheiten. Das Verhältniss derselben zu den Psychosen ist in ätiologischer Beziehung sehr complicirt. Sicher scheint, dass Herzkrankheiten, insofern sie Circulationsstörungen bedingen, eine Prädisposition für psychische Erkrankung schaffen können. Bestimmte Beziehungen zwischen einzelnen Psychosen und einzelnen Herzleiden, wie man sie z. B. zwischen Tabes und Aorteninsufficienz gefunden hat, hat man noch nicht feststellen können. Nur ist wohl begreiflich, dass bei Herzkranken Präcordialangstanfälle ceteris paribus häufiger auftreten. Insofern zahlreiche Heerderkrankungen des Gehirns (Embolie u. dgl.) von Herzleiden abhängig sind, ist ein weiterer Weg gegeben, auf welchem ein Herzleiden indirect psychische Veränderungen herbeiführen kann.

Atheromatose und andere chronische Erkrankungen der Gefässwände sind sehr häufig ein wichtiger ätiologischer Factor für psychische Erkrankung. Dieselben bedingen schwere Gefahren für das Centralnervensystem, indem sie zu Heerderkrankungen Anlass gehen können (Miliaraneurysmen — Hirnhämorrhagie, syphilitische, nephritische, senile, kachektische Veränderungen der Gefässwände — Hirnthrombose), welche ihrerseits psychische Veränderungen nach sich ziehen können (s. u.). Auf die Bedeutsamkeit der syphilitischen und senilen Gefässerkrankungen für die Dementia paralytica bezw. Dementia senilis ist schon oben hingewiesen worden. In vielen anderen Fällen ist es lediglich eine functionelle Ernährungsstörung, durch welche die chronische Erkrankung der Hirngefässwandungen den Boden für Psychosen vorbereitet.

Nephritis. Die Nephritis erzeugt Psychosen auf doppeltem Wege, erstens durch Vermittlung der zuletzt besprochenen Veränderungen der Gefässwände, welche bekanntlich die chronische Nephritis ungemein häufig begleiten, zweitens aber durch die urämische Veränderung des

Blutes. Seitdem wir wissen, dass Kreatin, Kreatinin, doppeltphosphorsaures Kalium u. s. f., auf die freigelegte Hirnrinde des Thieres aufgetragen, schwere motorische Reizerscheinungen hervorrufen, ist es leicht begreiflich, dass psychopathologische Erscheinungen in Folge einer urämischen Veränderung des Blutes sich einstellen können. Die meisten dieser nephritischen Psychosen verlaufen unter dem Bilde der hallucinatorischen Paranoia.

Diahetes. Die Stoffwechselstörung, welche das Wesen des Diabetes mellitus ausmacht, bedingt nicht selten psychische Veränderungen. Namentlich beobachtet man reizbare und traurige Verstimmung sehr oft. Auch apathische Zustände kommen öfter vor. Seltener sind vollentwickelte Psychosen.

Erkrankungen der Genitalorgane. Nur die Erkrankungen der weiblichen Genitalien spielen in der Aetiologie der Psychosen eine grössere Rolle. Namentlich Lageveränderungen des Uterus, Endometritiden, Para- und Perimetritiden, sowie die Geschwülste des Uterus und der Ovarien kommen in Betracht. Seltener sind es in diesen Fällen die bewussten Beschwerden, welche die Psyche beeinflussen; meist handelt es sich um Einflüsse, welche unterhalb der psychischen Schwelle bleiben. Man hat deshalb geradezu in solchen und ähnlichen Fällen von Reflexpsychosen gesprochen. Im Allgemeinen hat man den Einfluss der gynäkologischen Erkrankungen auf die Entstehung von Psychosen überschätzt. Es ist allerdings richtig, dass in einzelnen Fällen die Beseitigung einer Endometritis oder die Correctur einer Lageveränderung des Uterus, oder in sehr seltenen Fällen auch z. B. die Castration (bei entzündlicher Vergrösserung der Ovarien) eine Psychose günstig beeinflusst oder selbst gehoben hat. Dies sind jedoch Ausnahmen. In der übergrossen Mehrzahl der Fälle bleibt die gynäkologische Behandlung einflusslos, in anderen wirkt sie, indem sie neue Reize hinzufügt, geradezu schädlich. Ganz anders liegen die Verhältnisse in denjenigen Fällen, wo das gynäkologische Leiden schwere Störungen der allgemeinen Ernährung bedingt (Metrorrhagien, Reflexneurosen des Magens mit consecutiven Verdauungsstörungen u. s. w.). Dieser indirecte Einfluss gynäkologischer Erkrankungen ist oft von allererhehlichster ätiologischer Bedeutung, und in solchen Fällen ist die gynäkologische Behandlung oft das einzige Mittel, die Psychose durch Elimination ihres wichtigsten ätiologischen Factors zu beseitigen.

Die Formen der mit gynäkologischen Leiden zusammenhängenden Psychosen sind sehr mannigfaltig und keineswegs etwa, wie früher zuweilen angenommen wurde, auf das hysterische Irresein beschränkt. Im Ganzen überwiegt die Melancholie und die Paranoia. Dass die Wahnvorstellungen nicht selten einen sexuell gefärbten Inhalt haben, erklärt

sich genugsam daraus, dass viele dieser Kranken von ihrem Genitalleiden wissen und in Gedanken sich mit demselben beschäftigen. Auch gehen erklärlicher Weise die Reizzustände im Genitaltractus oft Anlass zu entsprechenden Illusionen und illusionären Auslegungen. Dahin gehört z. B. die Vorstellung mancher Kranken, welche an Kolpitis oder Endometritis leiden, ihre Vagina beherberge allerhand Ungeziefer (Ratten, Mäuse u. dgl.), man „elektrisire" ihre Genitalien, um sie „mannstoll" zu machen u. s. f.

c. Krankheiten des Nervensystems.

Begreiflicher Weise stehen dieselben in viel engerer ätiologischer Beziehung zu den Psychosen; sind doch letztere selbst zu den Krankheiten des Nervensystems zu rechnen, indem sie Krankheiten der Hirnrinde sind. Diese ätiologische Beziehung ist jedoch in den wenigsten Fällen so zu fassen, als sei die Psychose eine Folgekrankheit des Nervenleidens. Vielmehr sind beide meist coordinirt: So ist z. B. allerdings richtig, dass sehr häufig im Anschluss an eine Tabes eine Dementia paralytica sich entwickelt. Diese Succession könnte zu der Annahme verleiten, dass letztere eine Folgekrankheit der ersteren sei. Eine solche Annahme ist unrichtig. Beide, Tabes (d. i. die Hinterstrangserkrankung des Rückenmarks) und Dementia paralytica (d. i. die diffuse Rindenerkrankung mit psychischen Symptomen), sind coordinirte Folgekrankheiten ein und derselben ätiologischen Momente (Syphilis u. dgl.). Es handelt sich also lediglich um eine Succession, nicht um einen causalen Zusammenhang. In der That kommt es denn zuweilen auch vor, dass zuerst die Dementia paralytica auftritt und erst später die tabischen Symptome hinzutreten. Ein ähnliches Verhältniss liegt bei den Psychosen vor, welche im Anschluss an eine Polyneuritis sich entwickeln und durch die hochgradige Unorientirtheit und Incohärenz sowie durch das fast momentane Vergessen aller Sinnesempfindungen ausgezeichnet sind. Auch hier sind die psychischen Krankheitserscheinungen keinesfalls als Folgeerscheinungen der peripheren neuritischen Processe aufzufassen, sondern auf analoge coordinirte pathologische Processe im Associationsfasersystem der Hirnrinde zurückzuführen.

Ein wirklicher Causalzusammenhang in dem Sinne, dass ein anderweitiges Leiden des peripheren oder centralen Nervensystems eine Veränderung der Hirnrinde, sei sie functionell oder materiell, und somit eine Psychose bedingt, findet sich nur bei gewissen Heerderkrankungen des Gehirns. Letztere rufen bekanntlich ausser den Ausfallserscheinungen, welche auf der Zerstörung der Elemente durch die Heerderkrankung beruhen, auch sog. Fernsymptome hervor, welche auf der Einwirkung des Krankheitsheerdes auf die nähere und fernere Umgebung beruhen.

Diese Einwirkung ist bald eine hemmende, bald eine reizende. Danach theilt man die Fernwirkungen oder Fernsymptome ein in

1. Hemmungserscheinungen,
2. Reizerscheinungen.

Bald ist diese Einwirkung durch die Blutgefässe (Compression u. s. f.), bald durch die Nervenfasern (welche durch die Heerderkrankung berührt werden), bald durch Druck vermittelt. Am ausgesprochensten findet man solche Fernsymptome erklärlicher Weise bei den Hirngeschwülsten, da die Druckwirkung innerhalb der geschlossenen Schädelkapsel zur vollen Geltung kommt. Mit den übrigen Gebieten des Centralnervensystems ist auch die Hirnrinde diesen Fernwirkungen ausgesetzt. Daher finden wir denn auch speciell bei den Hirntumoren ausgesprochene psychopathische Symptome. Die Druckwirkung bedingt zunächst häufig Reizerscheinungen. So kann es einerseits zu klonischen Krämpfen und andrerseits zu Hallucinationen kommen. Beispielsweise hat man bei Geschwülsten im Bereich der corticalen Riechsphäre (Gyrus hippocampi) Geruchstäuschungen beobachtet. Zu den Reizerscheinungen ist vielleicht auch die gesteigerte affective Erregbarkeit zu rechnen. Die Hemmungserscheinungen äussern sich einerseits in der Abnahme der motorischen Leistungsfähigkeit (taumelnder Gang) und andrerseits — auf psychischem Gebiet — in einer allgemeinen Denkhemmung. Die Schwerbesinnlichkeit ist als hervorstechendes Symptom vieler Tumorkranken schon längst bekannt. Aehnliches finden wir auch bei den übrigen Heerderkrankungen des Gehirns.

Die psychischen Ausfallserscheinungen, welche eine Heerderkrankung hervorbringen, sind erklärlicher Weise verhältnissmässig gering. Da die Hirnrinde in allen ihren Theilen an dem psychischen Process mitwirkt, so kann eine Heerderkrankung direct, d. h. als Ausfallserscheinung keine allgemeinere psychische Störung (wie z. B. Denkhemmung) auslösen, sondern nur den isolirten Ausfall bestimmter Gruppen von speciellen Erinnerungsbildern (z. B. der optischen) oder Associationsbahnen hervorrufen. Der sogenannte Intelligenzdefect ist daher bei den Heerderkrankungen des Gehirns meist nicht erheblich und nur partiell. Die Hemmung, also die Fernwirkung, täuscht einen grösseren Defect nur vor. Diese Sachlage ändert sich, wenn statt einer singulären Heerderkrankung multiple Heerderkrankungen (multiple Sklerose, multiple Syphilis des Centralnervensystems) vorliegen. Durch diese werden an zahlreichen Stellen Defecte von Erinnerungsbildern oder Associationsbahnen hervorgerufen, und daher nähert sich auch das klinische Bild mehr demjenigen der diffusen organischen Krankheitsprocesse der Hirnrinde, d. h. also dem der organischen Psychose (Dementia paralytica); es spricht sich dies klinisch darin aus, dass wir bei diesen multiplen Heerd-

erkrankungen stets auch einen viel erheblicheren Intelligenz defect neben den Hemmungserscheinungen finden.

Während in den eben beschriebenen Fällen die psychopathischen Symptome als directe oder indirecte Heerdsymptome der Hirnkrankheit aufzufassen sind, finden wir in anderen Fällen folgenden Zusammenhang. Die Heerderkrankung erzeugt zunächst nur gewisse Ausfallssymptome und Fernwirkungen, allmählich jedoch beginnt in der Umgebung des Krankheitsheerdes eine organische Veränderung entzündlicher Natur, welche schliesslich auch entferntere Theile des Gehirns in Mitleidenschaft ziehen kann. Namentlich bei cerebralen Heerderkrankungen im frühesten Kindesalter ist dieser reactive Entzündungsprocess in der Umgebung ein sehr ausgedehnter. Man bezeichnet ihn gewöhnlich als diffuse secundäre Sklerose. Klinisch äussert sich dieselbe in der Regel in einem mehr oder weniger grossen Intelligenzdefect. Diese Form des Schwachsinns kann somit mit gutem Recht als eine Folgepsychose der ursprünglichen Heerderkrankung bezeichnet werden. Bei dem Erwachsenen kommen ganz ähnliche secundäre pathologisch-anatomisch nachweisbare Processe vor und bedingen gleichfalls eine unter dem Bilde der secundären Demenz verlaufende Folgepsychose. So kennen wir z. B. eine Dementia post apoplexiam, d. h. einen allmählich zu Hirnhämorrhagien hinzutretenden Intelligenzdefect, und a. m. Oft ist es dabei zweifelhaft, wie weit einzelne Symptome dieser Folgepsychosen auf secundäre, diffuse, organische Veränderungen in der Umgebung des Krankheitsheerdes oder auf functionelle Fernwirkungen desselben zurückzuführen sind. So ist z. B. nach hämorrhagischen Insulten fast regelmässig eine allmählich zunehmende affective Reizbarkeit (oft mit Weinerlichkeit gepaart) zu beobachten. Ob diese nun auf eine fortgesetzt vom Krankheitsheerd ausgehende functionelle Reizwirkung oder auf diffuse organische Veränderungen in der Umgebung des Heerds zurückzuführen sind, ist noch unentschieden. Der sichere Nachweis entsprechender organischer Veränderungen steht jedenfalls noch aus.

Schliesslich ist noch der Thatsache zu gedenken, dass in vielen Fällen Gehirnerkrankungen zwar nicht in der eben erörterten Weise, d. h. ohne Hinzutreten anderweitiger ätiologischer Momente, zu dem Ausbruch einer Psychose führen, indessen eine Prädisposition zu psychischer Erkrankung hinterlassen. Die Folge dieser Prädisposition ist, dass relativ schwache ätiologische Schädlichkeiten künftig genügen, eine Psychose zum Ausbruch zu bringen. Diese durch die Heerderkrankung des Gehirns bedingte neuro- und psychopathische Constitution oder Vulnerabilität äussert sich häufig lediglich in einer gesteigerten affectiven Erregbarkeit und einer Resistenzlosigkeit gegen geistige Getränke. In anderen Fällen ist sie völlig latent. Zuweilen findet man auch ganz

ähnliche somatische und psychische Degenerationszeichen bei diesen durch frühe Gehirnkrankheit psychopathisch-prädisponirten Individuen, wie bei den erblich schwer belasteten Individuen, welche früher geschildert wurden.

Bisher war ausschliesslich von organischen Erkrankungen des Nervensystems und deren ätiologischen Beziehungen zu psychischen Erkrankungen die Rede. Noch viel wichtiger sind die ätiologischen Beziehungen der functionellen Neurosen zu den Psychosen. Die wichtigsten dieser functionellen Neurosen sollen im Folgenden kurz von diesem Standpunkt aus betrachtet werden.

1. Epilepsie. Die genuine Epilepsie ist bekanntlich eine functionelle Neurose, für welche öfter wiederkehrende Anfälle tonisch-klonischer Krämpfe mit Bewusstseinsverlust charakteristisch sind. Meist treten die Krampfanfälle in unregelmässigen Zwischenräumen auf, seltener mit einer gewissen Periodicität. Nur in seltenen Fällen verläuft eine genuine Epilepsie ohne psychische Veränderungen. Zunächst ist hervorzuheben, dass als Aura eines epileptischen Anfalls, d. h. als Vorzeichen desselben vor Schwinden des Bewusstseins nicht selten Hallucinationen auftreten. Der eine Epileptiker hört kurz vor dem Anfall einen Drohruf, ein anderer fühlt einen Stich, ein dritter sieht eine riesengrosse schwarze Gestalt plötzlich vor sich u. s. f. Auch Praecordialsensationen mit Angst treten öfter als Aura auf. Abgesehen von diesen Aurasymptomen ist die sogenannte psychische epileptische Degeneration am häufigsten. Es handelt sich bei dieser nicht um eine vollentwickelte Psychose, sondern um eine langsam fortschreitende, oft die Grenzen des physiologischen Geisteslebens nicht überschreitende Veränderung der Intelligenz und des Charakters. Hiervon sind die vollentwickelten epileptischen Psychosen zu unterscheiden, welche auf dem Boden einer solchen epileptischen psychischen Degeneration sich sehr häufig entwickeln. Die psychische Degeneration der Epileptiker stellt sich bei längerem Bestehen einer genuinen Epilepsie in über 80 Procent aller Fälle ein, um so rascher, je gehäufter die Anfälle auftreten. Die Anfälle des sog. Petit mal scheinen auf die Psyche noch verderblicher zu wirken als diejenigen des Grand mal. Die Hauptsymptome der progressiven epileptischen Degeneration sind folgende:

a. Erschwerung des Vorstellungsablaufes. Die Kranken fassen namentlich Neues schwerer auf, denken langsamer und besinnen sich auf Jüngstvergangenes nur mühsam. Dementsprechend wird auch die sprachliche Articulation und Diction schwerfälliger und langsamer. Besonders ausgesprochen tritt diese Denkstörung namentlich während der leichten traumhaften Benommenheit auf, welche nach dem Krampfanfall noch einige Stunden oder Tage anhält.

h. Abnorme Zornmüthigkeit bei Abstumpfung der geistigen Interessen: Der Epileptische kann durch Kleinigkeiten (z. B. leichten Tadel) in sinnlose Wuth versetzt werden, dabei ist er sonst gleichgültig. Sein geistiger Horizont engt sich mehr und mehr ein. Seine Unlustgefühle beschränken sich — abgesehen von der erwähnten Zornmüthigkeit — auf eine monotone Traurigkeit über das Fortbestehen des unheilbaren Leidens. Nicht selten entwickelt sich eine ausgeprägt hypochondrische Stimmung. Dieselbe tritt 1—2 Tage vor einem Krampfanfall in manchen Fällen stärker hervor. Neigung zu Nörgeln und Misstrauen ist häufig. Die Lustgefühle beschränken sich auf die Befriedigung der einfacheren sinnlichen Bedürfnisse. Die von vielen Epileptischen zur Schau getragene schmeichlerische Verhindlichkeit, aufopfernde Nächstenliebe und asketische Bigotterie sind meist nur Maske für den zunehmenden Egoismus.

Die Handlungen des chronischen Epileptikers zeigen sich entsprechend dieser intellectuellen und affectiven Einengung verändert. Die Lebensweise zeigt oft eine an Dressur erinnernde pedantische Regelmässigkeit, ein Kleben an Aeusserlichkeiten; ein sophistisches Sich-im-Kreise-herumdrehen macht sich mehr und mehr geltend. Bei fortgesetzter Steigerung geht die psychische epileptische Degeneration allmählich in die vollentwickelte, in der speciellen Pathologie zu besprechende Demenz über.

Ausser dieser sog. psychischen epileptischen Degeneration kommen bei der genuinen Epilepsie auch sehr häufig vollentwickelte Psychosen vor. Die acuten Formen dieser Psychosen treten nicht selten auch ganz unabhängig von der erwähnten psychischen Degeneration, mitunter lange vor merklichem Eintritt der letzteren auf. Abgesehen von der sogenannten epileptischen Demenz gehören die sämmtlichen epileptischen Psychosen der hallucinatorischen Paranoia an und stellen eine wohl charakterisirte Form derselben dar. Zwar kann gelegentlich auch jede andere Psychose in typischer Entwicklung bei einem Epileptiker auftreten, aber grössere Häufigkeit und eine ganz specifische Gestaltung und Modification der Symptome zeigen nur diese Formen der hallucinatorischen Paranoia. Die besonderen Eigenthümlichkeiten aller dieser epileptischen Paranoiafälle, welche man auch als epileptische Dämmerzustände bezeichnet, sind

1. Brüskes Einsetzen und nachfolgende Amnesie,
2. Schreckhafte, bunte Hallucinationen,
3. Religiös-ekstatische Hallucinationen (Gottnomenklatur),
4. Auffällige Unorientirtheit und Incohärenz,
5. Episodisches Auftreten stuporöser Phasen neben ausgesprochener Verbigeration,

6. Gewaltthätige Handlungen impulsiven Charakters,
7. Lallende, scandirende Sprache mit gehäuften Silben- und Wortwiederholungen,
8. Cutane Analgesie.

In der speciellen Pathologie wird auf diese epileptischen Dämmerzustände und die eigenartigen Beziehungen ihres Auftretens zu den Krampfanfällen nochmals zurückzukommen sein.

2. Hysterie. Die Hysterie ist eine functionelle Neurose, deren Hauptsymptome bestimmte Sensibilitätsstörungen (Hemianästhesie, Anästhesie en plaques oder mit manschettenförmiger Abgrenzung), bestimmte sensorische Störungen (concentrische Gesichtsfeldeinengung, Dyschromatopsie, Hemianopsie u. s. w.) und bestimmte Druckpunkte oder Druckzonen (die sog. Ovarie) sind. Dazu kommen öfters noch hysterische Lähmungen und Contracturen, sowie namentlich die hysterischen Krampfanfälle, für welche das Erhaltenbleiben des Bewusstseins, sowie ein den Anfall abschliessendes Stadium coordinirter Bewegungen (grands mouvements, arc en cercle, attitudes passionelles) charakteristisch ist. Aehnlich wie die Epilepsie führt auch die Hysterie zu einer psychischen sog. hysterischen Degeneration. Die Hauptsymptome derselben sind folgende:

a. Der Vorstellungsablauf zeigt keine primären formalen Störungen. Nur die logische Cohärenz und Consequenz des Denkens fehlt oft. Die Intelligenz bleibt — im Gegensatz zu der epileptischen psychischen Degeneration — intakt. Unentwickelte Wahnvorstellungen im Sinn einer unbestimmten Verfolgung, zuweilen auch erotischen Inhalts, treten gelegentlich auf. Ungemein häufig sind die früher erwähnten Erinnerungsentstellungen.

b. Die Gefühlstöne und Stimmungen sind krankhaft veränderlich. Durch das Auftauchen eines für den Augenblick ganz bedeutungslosen Erinnerungsbildes kann ein jäher Umschwung der Stimmung bedingt werden. Die mittleren Gefühlstöne fehlen. Die Kranken kennen nur leidenschaftliche Liebe oder glühenden Hass. Da Abneigungen und Zuneigungen (sowohl für Personen, wie für Gegenstände) durch kaum merkliche Vorstellungen oder Empfindungen bereits bestimmt bezw. verändert werden, erscheinen dieselben geradezu als Idiosynkrasien. Speciell wechseln auch auf sexuellem Gebiet Lüsternheit und Frigidität. Die egoistischen Gefühle überwiegen durchaus. Altruistische oder gar objective Interessen existiren kaum. Hingegen beanspruchen die Kranken im höchsten Maasse, dass ihre Umgebung in dem Mitgefühl und dem Interesse an ihrem Leiden aufgeht. Daraus entspringt ihre Sucht zu übertreiben und ihre Neigung zu theatralischem Gebahren. Ethische Gefühlstöne abstracter Begriffe haben fast gar keine Macht über die Kranken. Pflichtbegriffe haben daher auf das Handeln der Kranken

keinen Einfluss. Die augenblicklichen Gefühlstöne beherrschen sie vollständig. Damit hängt auch die hervorstechende Unwahrhaftigkeit der meisten Hysterischen zusammen. Ihre Angaben werden nicht durch den objectiven Zusammenhang der Erinnerungsbilder, sondern durch die augenblicklichen Gefühlstöne bestimmt. Dabei kommt auch die oben erwähnte, auf krankhafter Phantasiethätigkeit beruhende Neigung zu Erinnerungsentstellungen in Betracht.

c. Die Empfindungen erfahren sehr häufig illusionäre Fälschungen. Ebenso kommen Hallucinationen — auch ohne vollentwickelte Psychose — gelegentlich vor.

d. Die Handlungen entsprechen den eben aufgezählten Störungen. Die Thätigkeit der Kranken ist springend. Allenthalben fehlt die Consequenz. Der jähe Affectwechsel macht die Kranken unberechenbar. Häufig sind impulsive, auf plötzlichen Affectstössen beruhende Handlungen. Das ganze Gebahren ist auf Effect berechnet. Lüge und Betrug fehlen selten, aber beide vollziehen sich oft, ohne dass die Kranken sich bewusst sind, dass sie lügen oder dass sie betrügen. Durchweg überwiegen egoistische Handlungen. Wo der Egoismus oder die persönliche Eitelkeit der Kranken verletzt wird, kommt es zu den raffinirtesten Racheakten.

Ausser dieser sog. hysterischen psychischen Degeneration kommen bei der Hysterie auch vollentwickelte sog. hysterische Psychosen vor. Eine hysterische Demenz — im Sinne der oben erwähnten epileptischen Demenz — existirt nicht. Dämmerzustände, welche den epileptischen in vielen Punkten durchaus analog sind, kommen auch bei der Hysterie vor. Eine romanhafte Färbung der Sinnestäuschungen ist für diese hysterischen Dämmerzustände charakteristisch. Die Hallucinationen stehen untereinander in einem viel engeren Zusammenhang. Es handelt sich um zusammenhängende hallucinatorische Erlebnisse, welche mit den Träumen des Geistesgesunden oft eine frappante Aehnlichkeit haben. Der Erinnerungsdefect nach Abklingen des Dämmerzustandes ist meist kein totaler. Der Kranke weiss retrospectiv viel mehr sowohl über seine wirklichen wie über seine hallucinatorischen Erlebnisse mitzutheilen als der Epileptiker. Endlich kommen auf dem Boden der Hysterie chronische Psychosen im Sinne der einfachen chronischen Paranoia viel häufiger vor als auf dem Boden der Epilepsie. In der speciellen Pathologie wird diese chronische einfache Paranoia der Hysterischen eingehend besprochen werden.

3. Neurasthenie oder Nervosität. Die Neurasthenie ist eine functionelle Neurose, deren klinisches Bild weit weniger scharf umschrieben ist als dasjenige der Epilepsie oder der Hysterie. Die motorischen Störungen beschränken sich meist auf eine abnorm rasche Ermüdung

entweder aller oder einzelner Körpermuskeln. Im letzteren Falle — wenn die Ermüdbarkeit nur einzelne Körpermuskeln betrifft — sind in der Regel nicht wie bei der Hysterie die Muskeln einer Körperhälfte oder einer Extremität betroffen, sondern Muskelgruppen, welche zusammen eine bestimmte Gattung complicirter Bewegungen ausführen. So können z. B. bei einer gewissen Form der Neurasthenie speciell alle diejenigen Muskeln, welche die Fixation gesehener Objecte besorgen, abnorm ermüdbar sein. Solche Kranken vermögen kaum einige Minuten zu lesen, weil alsbald die Accomodationsmusculatur und die Recti interni versagen. Bei anderen sind die Athem- oder die Kau- oder die Geh- oder die Schreibmuskeln u. s. w. abnorm ermüdbar. In allen diesen Fällen muss es dahin gestellt bleiben, ob abnorm gesteigerte Ermüdungsempfindungen die Bewegungsfähigkeit stören oder ob die motorischen Centren und Leitungsbahnen selbst abnorm rasch in ihrer Leistungsfähigkeit sich erschöpfen. Die sensiblen und sensorischen Störungen beschränken sich meist auf Hyperästhesien und Hyperalgesien. Ob zugleich die Ermüdbarkeit der sensiblen und sensorischen Apparate bezw. Centren gesteigert ist, muss zweifelhaft bleiben. Es wäre sehr wohl denkbar, dass die rasche Ermüdung beim Sehen u. s. w. lediglich auf einer raschen Ermüdung der Accomodationsthätigkeit und der Recti interni beruht, somit also ausschliesslich motorischen bezw. musculären Ursprungs ist. — Zu den constantesten Symptomen der Neurasthenie zählen weiterhin die sog. neurasthenischen Druckpuncte*) und Topalgien. Unter den visceralen Störungen spielen diejenigen der Herz- und Gefässinnervationen („vasomotorische Neurasthenie") und der Magen- und Darminnervationen („nervöse Dyspepsie") die Hauptrolle. Von den neurasthenischen Parästhesien war oben bereits die Rede.

Wie die Epilepsie und die Hysterie führt auch die Neurasthenie zu einer bestimmten psychischen Veränderung, welche man als „neurasthenische psychische Veränderung oder Degeneration" bezeichnen kann. Während jedoch bei der Epilepsie und oft auch bei der Hysterie die psychische Veränderung im Verlauf, d. h. nach längerem Bestehen der Neurose eintritt, entwickelt sich bei der Neurasthenie viel häufiger die psychische Veränderung vor oder wenigstens gleichzeitig mit den somatischen Veränderungen. Es kann daher nicht wohl von einer ätiologischen Rolle der Neurasthenie gegenüber der psychischen Veränderung gesprochen werden, sondern die psychische Veränderung ist eine Theilerscheinung der gesammten Krankheit.**) Indem wir

*) Zum Theil decken sich diese allerdings mit den hysterischen Druckpunkten. Ueberhaupt existiren zwischen Neurasthenie und Hysterie zahlreiche Uebergänge, ohne dass deshalb die Neurasthenie einfach als eine „Abart der Hysterie" zu bezeichnen wäre.

**) Auch von der hysterischen psychischen Veränderung gilt dies in vielen Fällen.

daher eine genauere Beschreibung derselben der speciellen Pathologie (s. neurasthenisches Irresein) vorbehalten, führen wir hier nur die Hauptsymptome der neurasthenischen psychischen Veränderung auf. Es sind dies ausser den schon erwähnten Hyperästhesien, Hyperalgesien und Parästhesien namentlich folgende:

a. Auf dem Gebiete der Affecte eine abnorme Reizbarkeit. Dieselbe äussert sich darin, dass geringfügige Anlässe sehr erhebliche und namentlich sehr nachhaltige Affectschwankungen hervorrufen. Zuweilen kommt es auch — namentlich bei den vasomotorischen Formen — zu Angstaffecten.

b. Störungen der Aufmerksamkeit meist im Sinne einer Hyperprosexie, seltener im Sinne einer Hypoprosexie.

c. Störungen des Vorstellungsablaufs und zwar wechseln Beschleunigungen und Verlangsamungen auch bei demselben Kranken in unregelmässiger Weise ab. Sehr häufig ist auch eine leichte, aber qualvolle Incohärenz der Ideenassociation.

d. Neigung zu Zwangsdenken und Zwangsvorstellungen.

e. Neigung zu hypochondrischen Wahnvorstellungen.

Während die Epilepsie und die Hysterie zu einigen an Zahl ziemlich beschränkten, durch charakteristische Färbung des klinischen Bildes ausgezeichneten Psychosen führen, kennen wir solche neurasthenische Psychosen nicht. Vielmehr kann sich und pflegt sich in der That auch häufig genug jede Psychose auf dem Boden der Neurasthenie zu entwickeln. Sowohl die organisch bedingten Psychosen wie die functionellen Psychosen gehen häufig allmählich aus der Neurasthenie hervor oder brechen, bei Hinzutritt einer Gelegenheitsveranlassung, plötzlich bei einem neurasthenischen Individuum aus. Die Neurasthenie stellt somit den fruchtbarsten Boden für den Ausbruch der verschiedensten Psychosen dar. Oft decken sich die früher erwähnte erbliche neuropsychopathische Konstitution und die jetzt besprochene neurasthenische neuropsychopathische Veränderung in vielen Zügen. Man kann oft geradezu verfolgen, wie auf dem Boden einer erblichen Veranlagung zunächst Neurasthenie und auf dem Boden dieser letzteren irgend eine acute oder chronische Psychose sich entwickelt.

4. Chorea. Die ätiologischen Beziehungen der Chorea zu den Psychosen sind erheblich weniger wichtig. Ganz abzusehen ist hier von solchen Fällen, wo die choreatischen Bewegungen lediglich ein Symptom der der Psychose zu Grunde liegenden Hirnerkrankung darstellen, ein Vorkommniss, welches namentlich bei Dementia paralytica gelegentlich beobachtet wird. Die psychischen Veränderungen, welche im Verlauf einer Chorea auftreten, sind gewöhnlich wenig ausgesprochen. Meist beschränkt sich die choreatische psychische Veränderung auf eine

abnorme Steigerung der affectiven Erregbarkeit (namentlich Zornmüthigkeit), sowie auf eine leichte ideenflüchtige Incohärenz des Vorstellungsablaufs mit Hyperprosexie. Zuweilen kommt es auch zu vereinzelten Hallucinationen. Die vollentwickelten Psychosen, welche auf dem Boden bezw. im Verlauf der Sydenham'schen Chorea auftreten, gehören zumeist der hallucinatorischen Form der acuten Paranoia an.

5. Cerebrale Erschöpfung.

Wenn das Nervensystem zu einer übermässigen Arbeit gezwungen ist und zugleich seine Ernährung, d. h. die Wiederersetzung der bei der Function zersetzten Stoffe, mangelhaft ist, so tritt der Zustand ein, welchen man als cerebrale Erschöpfung bezeichnet. Eine solche cerebrale Erschöpfung kann in der mannigfaltigsten Weise entstehen. Körperliche Strapazen und geistige Ueberarbeitung kommen einerseits als aufreibende Momente in Betracht, während andererseits ungenügende Nahrungsaufnahme, Anämie (sie sei constitutionell oder durch schwere Blutverluste entstanden), Mangel an Schlaf u. dgl. es nicht zu einer Restitution der im Uebermaass in Anspruch genommenen, übermüdeten Rindenelemente kommen lassen.*) Speciell das kindliche Gehirn verfällt leicht einer solchen Erschöpfung. Die intellectuelle Ueberbürdung unserer Schulerziehung giebt einen Hauptfactor für dieselbe ab. Auch sexuelle Excesse (Masturbation u. s. w.) kommen in Betracht. Die psychische Veränderung, welche durch die cerebrale Erschöpfung hervorgerufen wird, ist namentlich durch die Verlangsamung und die Incohärenz des Vorstellungsablaufs ausgezeichnet. Die Kranken sind schwerbesinnlich. Sie klagen oft selbst, dass sie nicht mehr zu denken und ihre Gedanken nicht mehr auszudrücken wüssten, dass der Gedankenfaden ihnen so oft abreisse. Zu anhaltender energischer Arbeit sind sie unfähig. Die sensorischen Gefühlstöne sind oft in dem Sinne verändert, dass schon geringe Reizstärken unerträgliche Unlustgefühle hervorrufen. Die intellectuellen Gefühlstöne sind umgekehrt meist herabgesetzt. In vielen Fällen kommt es auf Grund dieser cerebralen Erschöpfung auch zu vollentwickelten Psychosen. Man bezeichnet diese Psychosen als Erschöpfungspsychosen oder asthenische Psychosen. Gemeinsam ist den meisten dieser asthenischen Psychosen eine erhebliche Verlangsamung und Incohärenz des Vorstellungsablaufs. Auch in den Hallucinationen und Wahnvorstellungen fällt die Abgerissenheit auf. Auf motorischem Gebiet herrscht mehr oder weniger Resolution vor; dieselbe wird jedoch oft durch plötzliche Erregungszustände wahnhaften oder hallucinatori-

*) Dass bei den sog. Fieberpsychosen ausser der Temperaturerhöhung und der toxischen Einwirkung von Microorganismen auch die Ernährungsstörung eine grosse Rolle spielt, wurde oben bereits erwähnt.

schen Ursprungs unterbrochen. Gelegentlich kann jede Psychose auf dem Boden der cerebralen Erschöpfung auftreten (so z. B. auch die Manie). Am häufigsten hegegnet man der Neurasthenie und der sog. Stupidität, nächstdem der hallucinatorischen und incohärenten Form der Paranoia sowie den fliessenden Uebergangsformen, welche zwischen der hallucinatorischen und incohärenten Paranoia einerseits und der Stupidität andrerseits vorkommen.

Auf Grund dieser Erörterungen wird es auch verständlich, dass nach schweren erschöpfenden Psychosen öfters ein Erschöpfungsstadium mit den charakteristischen Merkmalen der Erschöpfungspsychose folgen kann. Die erste auf Grund eines beliebigen anderen ätiologischen Moments entstandene Psychose bedingt hier eine schwere cerebrale Erschöpfung und so gewissermaassen eine zweite Psychose.

6. Gemüthserschütterungen.

Unter den momentan einwirkenden Affecten spielt der Schrecken die grösste Rolle. Bei erblich belasteten oder anderweitig neuropsychopathisch veranlagten Individuen kann derselbe genügen, jählings eine acute Psychose hervorzurufen. In anderen Fällen beobachtet man keine vollentwickelte Psychose, sondern lediglich pathologische Veränderungen der Affecte selbst. So führen namentlich Schrecken, Angst und Zorn oft zu sog. „pathologischen Affectzuständen". Dieselben sind dadurch ausgezeichnet, dass die Dauer und Intensität des Affects in gar keinem Verhältniss zu der auslösenden Ursache steht. Hemmung (bis zu völligem Mutismus), Incohärenz, Unorientirtheit, vereinzelte Hallucinationen und auch Wahnvorstellungen kommen zu der pathologischen Affectsteigerung hinzu. Die Dauer eines solchen pathologischen Affectzustandes (oder transitorischen Affectirreseins) beläuft sich auf einige Stunden bis zu einigen Tagen. Schwere Gewaltthaten und sinnloses Fortlaufen kommen in diesen Anfällen häufig vor. Fast stets liegt erbliche Belastung oder ein anderweitiges prädisponirendes Moment vor. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die schweren Begleiterscheinungen der pathologischen Affectsteigerungen auf plötzliche durch den Affect bedingte Störungen der Gefässinnervation zurückzuführen sind. Nach dem Ausgleich der Störungen besteht stets eine völlige oder wenigstens hochgradige Amnesie.

Noch viel wirksamer in der Hervorbringung von Psychosen sind langsam und lange einwirkende Gemüthserschütterungen. Sorge, Aerger, Gram, Zurücksetzung kommen hier namentlich in Betracht. Wie wir uns den störenden Einfluss dieser chronischen Affecte auf die Hirnrinde zu denken haben, muss noch dahin gestellt bleiben. Bald tragen sie

zur Entwicklung organischer Psychosen (Dementia paralytica) bei, bald führen sie zu einer functionellen Psychose und zwar meist zu einer acuten oder chronischen Paranoia. Ein sehr charakteristisches Beispiel für die letztere Entwicklung liefert der sog. Gouvernantenwahnsinn. Es handelt sich bei diesem meist um eine subacute oder chronische Form der Paranoia, welche auf Grund jahrelanger Affectschädigungen bald plötzlich auftritt, bald allmählich sich entwickelt. Nahrungssorgen, Heimweh, gesellschaftliche Zurücksetzungen, welche von diesen Erzieherinnen um so mehr empfunden werden, als ihre thatsächliche geistige Ueberlegenheit oft einen verhaltenen geistigen Hochmuth erzeugt hat, vereinigen sich, das Nervensystem aufzureiben.

Nicht selten kann man beobachten, wie diese chronischen Affecte ganz allmählich eine bestimmte Charakterveränderung erzeugen, z. B. eine Neigung zu Misstrauen und Hochmuth, welche ganz fliessend in pathologischen Verfolgungs- und Grössenwahn (Paranoia chronica) übergeht. Solche Psychosen erwecken den Anschein einer psychologischen Motivirung. In anderen Fällen fehlen solche bestimmten Bindeglieder und man beobachtet nur, wie unter der Einwirkung chronischer Affecte die affective Erregbarkeit im Allgemeinen zunächst zunimmt und dann diese oder jene Psychose ohne bestimmten Zusammenhang mit den vorausgegangenen Affectschädigungen sich entwickelt.

Fehler in der Erziehung spielen hierbei eine grosse Rolle. Das Kind wird nicht gewöhnt, seine Affecte zu beherrschen. Die Abhärtung gegen psychische Unlust wird ebenso versäumt wie die Abhärtung gegen physischen Schmerz. Gerade in den besseren Gesellschaftsklassen können die Kinder, welche die Schule verlassen, zahllose Verben conjugiren und unzählige Jahreszahlen hersagen, aber keiner Versuchung zur Lust widerstehen und keine negative Gefühlsschwankung ruhig ertragen. Ihre ganze Ideenassociation und ihr Handeln wird von Lust- und Unlustaffecten geknechtet. Dass in solchen Gehirnen später die Affecte oft pathologische Störungen der psychischen Thätigkeit hervorrufen, ist ohne Weiteres verständlich.

7. Imitation (psychische Infection).

Der Umgang mit Geisteskranken als solcher birgt für den Unbelasteten keine erhebliche Gefahr psychischer Erkrankung. Hingegen ist bei erblich belasteten Individuen psychische Erkrankung im Anschluss an häufigen Verkehr mit Geisteskranken schon öfter beobachtet worden. In solchen Fällen handelt es sich jedoch meist nicht um eine directe Uebertragung, sondern der Verkehr mit Geisteskranken wirkt schädigend durch die mit ihm verbundenen Gemüthserschütterungen und körperlichen

und geistigen Ueheranstrengungen. Fälle directer Uebertragung sind sehr selten. Man spricht in solchen Fällen von indncirtem Irresein (Folie communiqnée, folie à deux). Fast immer handelt es sich um Individnen, welche in stetem Contact miteinander leben, meist um Ehegatten oder Geschwister. Das ersterkrankte Individnum A ist gewöhnlich das willensstärkere. Oft kann man feststellen, dass schon in gesunden Zeiten dasselbe grossen Einfluss auf das zweite Individnum B ausgeüht hat. Dieser Einfluss macht sich nun anch im Verlauf der Erkrankung von A geltend. Allmählich passt sich das Individnum B den krankhaften Stimmungen von A an und denkt sich in seine Wahnideen hinein. Mitunter kann man geradezu von einer Suggestion im Wachen sprechen. Znweilen unterrichtet A geradezu B in seinen Wahnideen. B verhält sich bald ganz passiv, bald passt es die Wahnvorstellungen seiner speciellen Denkweise an oder gestaltet dieselben weiter aus. Auch zu einer Rückwirkung von B auf A kann es kommen, indem B seinerseits seine Znthaten zu den von A überkommenen Wahnvorstellungen auf A überträgt.

Die meisten dieser Zwillingspsychosen gehören, soweit A in Betracht kommt, der chronischen Paranoia an. Fast stets liegt erhliche Belastung vor. Wird das Individuum B dem dominirenden Einfluss von A entrückt, so verschwinden nicht selten die inducirten Affecte und Wahnvorstellungen bei B äusserst schnell. Die Psychose von A ist meist unheilbar, weil es sich eben meist um chronische Paranoia handelt.

V. Allgemeine Prognostik.

Eine Psychose kann ausgehen in

1. Heilung,
2. Heilung mit Defect,
3. Secundäre Demenz,
4. Tod,
5. kann sie unverändert bleiben.

Der Procentsatz der völligen Heilungen ist für die einzelnen Psychosen enorm verschieden. Es gieht Psychosen, welche in 90% der Fälle bei sachgemässer Behandlung mit völliger Heilung enden (z. B. die einfache Melancholie), und andere, hei welchen Heilungen zu den grössten Seltenheiten gehören (Dementia paralytica).

Die Prognose qnoad sanationem completam hängt namentlich von folgenden Factoren ab:

1. Von der Diagnose, insofern die eine Psychose erfahrungsgemäss eine viel günstigere Prognose giebt als die andere.

2. Von der Aetiologie. Psychosen, deren Hauptentstehungsursache ihrer ganzen Natur nach vorübergehend (wie z. B. Schreck) oder der Therapie erfahrungsgemäss zugänglich ist (Anämie u. s. w.), geben eine bessere Prognose als solche, deren ätiologische Factoren chronisch wirksam und nicht zu beeinflussen sind. Im Einzelnen ist noch Folgendes zu bemerken. Hohes Alter schädigt die Prognose. Uebergang in secundäre Demenz ist bei Alterspsychosen erheblich häufiger als z. B. bei Pubertätspsychosen. Erbliche Belastung verschlechtert, selbst wenn sie hochgradig ist, bei acuten Psychosen die Prognose nicht. Im Gegentheil tritt die Heilung zuweilen überraschend plötzlich und früh ein. Doch wird die Prognose insofern getrübt, als die Gefahr eines Rückfalls oder eines periodischen Verlaufs grösser ist. Die Prognose chronischer Psychosen, d. h. Psychosen, deren erste Symptome sich sehr langsam entwickelt haben, ist bei erblicher Belastung noch ungünstiger, als sie es ohnehin — d. h. auch ohne erbliche Belastung — ist. Unter den Intoxicationspsychosen ist die durchaus ungünstige Prognose des chronischen Alkoholismus und Morphinismus bemerkenswerth. Zwar heilen die acuten Psychosen, welche auf dem Boden dieser chronischen Intoxicationen auftreten, fast stets, aber die psychische Degeneration, welche der chronische Alkohol- bezw. Morphiumgebrauch erzeugt, bildet sich fast niemals zurück. Es kommt hinzu, dass selbst nach monate- und jahrelanger Entziehung des Giftes (z. B. durch Aufenthalt in einer geschlossenen Anstalt) in Folge der krankhaften Energielosigkeit der Patienten fast stets Rückfälle in den Alkohol- bezw. Morphiummissbrauch eintreten, sobald dieselben wieder sich selbst überlassen sind, also z. B. aus der Anstalt beurlaubt werden. Die Syphilis ist als ätiologischer Factor von sehr verschiedener prognostischer Bedeutung, je nachdem es sich um die directe Erzeugung charakteristisch syphilitischer Neubildungen im Gehirn handelt, oder um die indirecte, wahrscheinlich durch Syphilistoxine vermittelte diffuse Alteration des parenchymatösen und interstitiellen Gewebes der Hirnrinde. Gegen letztere Alteration ist unsere Therapie erfahrungsgemäss fast machtlos.

3. Von bestimmten Einzelsymptomen. Jedes Zeichen, welches erworbenen Intelligenzdefect beweist, ist von ungünstiger Vorbedeutung. Desgleichen ist es von ungünstiger Vorbedeutung, wenn affective Wahnvorstellungen sich von den primären Affectstörungen unabhängig machen. Ebenso deutet Systematisirung von Wahnvorstellungen, wie früher schon erwähnt, auf chronischen Verlauf. Endlich wird man Psychosen, welche mit primären Wahnideen einsetzen, meist ungünstig beurtheilen müssen. Erfahrungsgemäss nehmen solche fast stets einen chronischen Verlauf.

Lähmungserscheinungen, welche ihrer Combination nach nicht auf eine Heerderkrankung des Gehirns bezogen werden können, sondern auf eine diffuse Rindenerkrankung deuten, weisen stets auf schwere, meist unheilbare organische Psychosen hin.

4. Von der intellectuellen Veranlagung. Die Gefahr des Uebergangs einer heilbaren Psychose in secundäre Demenz ist im Ganzen bei geistig schwach veranlagten Individnen grösser als bei gut veranlagten.

Unter Heilnng mit Defect versteht man eine Heilung mit leichtem Intelligenzdefect. Die secundäre Demenz stellt einen schweren, meist noch dazu progressiven Intelligenzdefect dar. Der Intelligenzdefect der sog. „Heilung mit Defect“ ist viel nnerheblicher und nicht fortschreitend. Für die gewöhnliche Betrachtung scheinen solche mit Defect geheilte Kranken völlig geheilt. Erst eine genaue Vergleichung des psychischen Zustandes nach Ablauf der Psychose mit demjenigen vor Beginn der Psychose lehrt, dass der Kranke eine Einbusse erlitten hat. Seine gewöhnlichen Berufsgeschäfte besorgt er allerdings noch ungefähr ebenso wie früher, aber sein Urtheil in complicirten Fragen hat an Weitsichtigkeit und Schnelligkeit merklich verloren. Ebenso fällt bei einem solchen genaueren Vergleich auf, dass die Gefühlstöne des Kranken eine Einengung und einen Niedergang erfahren haben. Die Gefühlstöne der complicirteren Vorstellungen, die ethischen und altruistischen Gefühle, wie die ästhetischen und intellectuellen Interessen sind abgestumpft. Das geistige Niveau des Kranken ist um eine oder mehrere Stufen gesunken. Bei Frauen, welche eine solche Heilung mit Defect erfahren haben, fällt oft ein merklicher Mangel an Schamgefühl auf. Macht man dieselben auf solche Verstösse aufmerksam, so ergiebt sich, dass den „Geheilten“ ein adäquates Verständniss und Gefühl für Schicklichkeit fehlt. Bei Männern kommt es oft zu allerhand Excessen, deren pathologischer Ursprung sich darin verräth, dass sie zu den Lebensgewohnheiten vor der Psychose in schneidendem Widerspruch stehen. Gelegentlich kommt es sogar vor, dass dieser die Heilung begleitende Defect die Geheilten mit dem Strafgesetz in Conflict bringt.

Die secundäre Demenz wird in der speciellen Pathologie eine besondere Besprechung finden. Es soll hier nur hervorgehoben werden, dass zwischen der Heilung mit Defect und dem Ausgang in secundäre Demenz zahlreiche Uebergänge vorkommen.

Tödtlicher Ausgang ist am häufigsten bei den Psychosen auf organischer Grundlage. Bei Besprechung der Dementia paralytica, einer organischen Psychose, welche fast stets binnen 2—5 Jahren zum Tode führt, wird über die speciellen Ursachen dieses tödtlichen Verlaufes ausführlich zu sprechen sein. Bei den functionellen Psychosen ist tödtlicher

Ausgang seltener, immerhin jedoch bedingen auch functionelle Psychosen eine Reihe von Lebensgefahren. Oft führt Herzschwäche in Folge ungenügender Ernährung bei excessivem Kräfteverbrauch zum Tode. Andere Kranke werden von Pneumonie, Lungengangrän, Pleuritis oder Tuberkulose hingerafft. Speciell die Morbidität für Pneumonie und Tuberkulose ist bei den Geisteskranken erheblich grösser als bei Geistesgesunden. Die Pneumonien verlaufen häufig sehr versteckt. In über der Hälfte der Fälle enden sie tödtlich. Häufig wird auch durch schwere Darmkatarrhe (meist infectiösen Charakters) der Tod herbeigeführt. Bei unreinlichen Kranken beobachtet man schwere Phlegmonen, tödtliches Erysipel u. s. w. Endlich ist der Gefahr der Selbstverletzung und speciell des Selbstmords zu gedenken, auf welche bei Besprechung der Therapie specieller eingegangen werden soll.

Die Erfahrung lehrt, dass besonders ein bestimmter Symptomencomplex bei functionellen Psychosen in der Mehrzahl der Fälle tödtlich endet. Es ist dies der Zustand, der früher als Delirium acutum beschrieben wurde und dessen Hauptsymptome Unorientirtheit, Incohärenz, Agitation und Temperaturerhöhung sind. Fast zwei Drittel der Fälle, welche diesen Zustand zeigen, enden tödtlich. Man findet ihn am häufigsten bei der sog. Mania gravis, sowie bei gewissen Formen der acuten Paranoia.

Ein ganz unverändertes Fortbestehen der Psychose bis zum Lebensende ist nur bei der chronischen Paranoia häufiger, und auch bei dieser entdeckt die genauere Beobachtung leichtere Schwankungen und Veränderungen des Krankheitsbildes. Bei den meisten anderen functionellen Psychosen tritt, falls Heilung ausbleibt, ein mehr oder weniger grosser Intelligenzdefect im Sinne der oben erwähnten secundären Demenz ein.

VI. Allgemeine Therapie.

Die Prophylaxe geistiger Erkrankung gründet sich selbstverständlich ganz auf die Lehren der allgemeinen Aetiologie. Eine specielle Wichtigkeit erlangt sie bei der Erziehung erblich belasteter oder aus anderweitigen Gründen neuropsychopathisch veranlagter Kinder. Der Hausarzt kann durch zweckmässige Rathertheilung in dieser Richtung sehr viel zur Verhütung von Geistesstörung beitragen. Namentlich kommen folgende Momente bei der Erziehung und Behandlung solcher Kinder in Betracht:

1. Vermeidung von Kaffee, Thee, Bier, Wein u. s. w.;
2. Kräftige Ernährung (Milch, Eier);

3. Verlangsamung der intellectuellen Entwickelung*) (Schulbesuch ev. erst vom 7. Lebensjahre ab), speciell Zurückhaltung der Entwickelung der Phantasie (Ueberwachung der Lectüre);

4. Regelmässige Abwechslung von Arbeit und Ruhe;

5. Abhärtung im weitesten Sinne (kühle Waschungen, körperliche Uebungen, Gewöhnung an Schmerz);

6. Gewöhnung an Gehorsam und Selbstbeherrschung. Ruhige Strenge wirkt zehnmal besser als verziehende Nachsicht;

7. Ev. Erziehung ausserhalb des elterlichen Hauses in einem Pädagogium oder auf dem Lande bei einem Lehrer, Arzt oder Geistlichen;

8. Ueberwachen der sexuellen Entwickelung (Masturbation u. s. w.);

9. Wahl eines Berufes, welcher geistig und körperlich beschäftigt, möglichst wenig Verantwortlichkeit auflädt und den Sorgen der Concurrenz und des Ehrgeizes möglichst wenig Raum lässt.

Ausser der Prophylaxe kommt die Behandlung der Krankheit selbst in Frage. Sobald die Psychose ausgebrochen ist, liegt dem Arzt zunächst die Entscheidung ob, ob die Einlieferung in eine Anstalt nothwendig ist oder nicht. Hierfür gelten folgende Regeln: Die Einlieferung in die Anstalt ist nothwendig

a. bei unheilbaren Geisteskranken, wenn Gemeingefährlichkeit,**) Selbstmordverdächtigkeit oder Pflegebedürftigkeit vorliegt und die Familie des Kranken die Umgebung nicht vor ihm oder ihn selbst nicht vor sich zu schützen oder in ausreichendem Maasse ihn zu pflegen vermag. Hierzu ist zu bemerken, dass nur in den seltensten Fällen (bei sehr günstigen äusseren Verhältnissen) ein gemeingefährlicher oder selbstmordverdächtiger Kranker in seiner Familie ausreichend überwacht zu werden vermag. Oefter kann der Pflegebedürftigkeit der Kranken in der Familie genügt werden. Die Beurtheilung, ob Gemeingefährlichkeit bezw. Selbstmordverdächtigkeit vorliegt, ist oft nicht leicht. Oft nämlich sind gemeingefährliche Handlungen bezw. Selbstmordversuche oder drohende bezw. selbstmordverdächtige Aeusserungen noch nicht vorgekommen, und doch liegt Gemeingefährlichkeit und Selbstmordverdächtigkeit vor: der Kranke weiss seine krankhaften Impulse eben

*) Diese Zurückhaltung ist auch in solchen Fällen durchzuführen, wo eine überraschende Beanlagung den Kindern spielend in der Schule mitzukommen gestattet.

**) Unter gemeingefährlichen Kranken werden hier nicht nur solche verstanden, welche ihrer Umgebung durch Handgreiflichkeiten gefährlich werden, sondern auch solche, welche durch Lärmen u. dgl. störend oder durch Schimpfen u. s. w. in Wort und Schrift lästig und bedrohlich werden und endlich auch solche, welche durch unsinnige Verschwendung ihr Vermögen zu ruiniren drohen. In letzterem Falle wird der Anstaltsaufenthalt oft überflüssig, sobald Entmündigung eingeleitet ist.

noch zu beherrschen, aber eine zufällige Constellation, eine leichte Zunahme der Krankheitssymptome kann genügen, eine jähe Gewaltthat des Kranken gegen sich oder gegen andere zu zeitigen. Als Regel ist festzuhalten, dass jeder Kranke mit Hallncinationen oder Angstaffecten sowohl gemeingefährlich wie selbstmordverdächtig ist. Hallncinirende nnd angstvolle Kranke sind nnherechenbar und daher im Allgemeinen stets der Anstalt zuzuweisen. Kranke mit fixirten Wahnvorstellnngen können dann oft ansserhalh der Anstalt helassen werden, wenn Nenbildung von Wahnvorstellungen nicht mehr stattfindet und die vorhandenen Wahnvorstellnngen ihrem ganzen Inhalt nach nicht zu gemeingefährlichen oder selbstmordgefährlichen Handlungen tendiren oder in der früher erörterten Weise hei langem Bestehen der Krankheit ihren Einfluss auf das Handeln verloren haben.

h. hei heilharen Geistesstörungen ist im allgemeinen stets die Ueherführung in eine Anstalt räthlich. Zur Heilung einer Geistesstörung hedarf es einer so stetigen sachverständigen Ueherwachung des ganzen Lebens und oft eines so raschen Eingreifens seitens des Arztes und Pflegers, dass, ahgesehen von seltenen Ausnahmefällen, die Familienpflege und die Behandlung durch einen entfernt wohnenden Arzt nicht oder erst in viel längerer Zeit Heilung zn erzielen vermag. Das Heimweh, welches meist als Argument gegen die Ueberführung in eine Anstalt angeführt wird, ist erfahrungsgemäss der Heilung in der übergrossen Mehrzahl der Fälle nicht hinderlich. Im Gegentheil ist die Treunung von der Familie oft für die Heilung geradezu vortheilhaft oder unerlässlich. Die Affectbeziehungen, welche den Kranken an seine Angehörigen knüpfen, wirken gerade dann meist ungünstig auf den Krankheitszustand, wenn sie durch fortwährendes Sehen oder Hören oder auch nur In-der-Nähe-wissen genährt und angeregt werden. Der Melancholische ist doppelt traurig, wenn er seine Angehörigen unter seiner Verstimmung mit leiden sieht, und erst recht doppelt traurig, wenn seine Angehörigen heiter zn sein versnchen oder wirklich sind. Weder der Maniakalische noch der Melancholische heherrscht sich seinen Angehörigen gegenüher in den Aeusserungen seiner Affecte; in der Anstalt, fremden Personen gegenüber, lernt er eher sich zn beherrschen und zu fügen. Die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen des Paranoikers finden in den häuslichen Verhältnissen den fruchtbarsten Boden für allerhand Anknüpfungen. In der Anstalt fallen diese persönlichen Beziehungen weg, die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen finden daher weniger Anknüpfungspunkte und, wenn sie an die fremden Verhältnisse schliesslich doch anknüpfen, so erregen sie im Ganzen den Kranken doch etwas weniger, weil ehen seine eigenen Verwandten wenigstens dem System der vermeintlichen Verfolgungen öfter fern bleiben. Selbstverständlich gilt dies

alles nur im Allgemeinen. Auch die Anstalt hat zahllose Melancholische und Maniakalische, welche sich nicht beherrschen, und Paranoiker mit tobsüchtiger Erregung. Gewiss existiren auch Fälle, wo das Heimweh die Depression des Melancholischen und die Internirung die Zornmüthigkeit des Maniakalischen steigert und die gewaltsame Trennung von der Familie direct zu Wahnvorstellungen Anlass giebt. Aber diese Fälle bleiben durchaus in der Minderzahl gegenüber den zahlreichen Fällen, wo die Trennung von der Familie überwiegende Vortheile in den oben kurz skizzirten Richtungen gewährt.

Nur in den seltenen Fällen, wo ausnahmsweise günstige Verhältnisse gestatten, im Hause des Kranken eine ausreichende Trennung von den Angehörigen durchzuführen und alle Schutzmaassregeln gegen Selbstmord und Gemeingefährlichkeit, wie sie die Anstalt darbietet, anzuwenden, wo insbesondere ein sachverständiger Arzt stets nahe zur Hand ist und geschulte Pfleger zur Verfügung stehen, kann man gelegentlich von der Ueberführung in eine Anstalt absehen. Auch leuchtet ein, dass für die verschiedenen Psychosen oft sehr verschiedene Gesichtspunkte in Betracht kommen. Endlich wird zu erwägen sein, wie weit im Einzelfalle die Angehörigen selbst nach Bildung und Charakter und nach ihren persönlichen Beziehungen zu dem Kranken muthmaasslich günstig oder ungünstig auf denselben einwirken.

Hat der Arzt erst sich für die Trennung von der Familie überhaupt entschieden, so erhebt sich die weitere Frage, ob der Kranke in eine offene oder eine sog. geschlossene Anstalt überführt werden soll. Der Gegensatz zwischen dieser und jener hat sich nun in den letzten Jahrzehnten insofern mehr ausgeglichen, als in den meisten geschlossenen Anstalten auch offene Abtheilungen eingerichtet worden sind.*) Das Odium, welches in vielen Kreisen den geschlossenen Anstalten entgegengebracht wird, kann sich daher im Wesentlichen nur noch darauf gründen, dass neben den offenen Abtheilungen mit den leichteren Kranken auch geschlossene Abtheilungen mit schweren Kranken existiren, und dass der ominöse Name „Irrenanstalt“ noch allzuoft dem Gesammtcomplex der geschlossenen und offenen Abtheilungen anhaftet. Der Arzt hat heute noch in vielen Fällen mit solchen hergebrachten Vorurtheilen zu rechnen. Er wird daher in solchen Fällen, wo der Charakter der Krankheit es gestattet, mitunter der offenen Anstalt den Vorzug geben. Es kommt dies namentlich in denjenigen Fällen in Betracht, wo der Kranke weder gemeingefährlich (im weitesten Sinne) noch fluchtverdächtig ist. Selbstmordversuchen kann eventuell auch in einer offenen Anstalt vorgeheugt werden, indem dem Kranken ein Privatwärter, welcher das Kranken-

*) Dass zuweilen auch die Unterbringung in einer fremden Familie in Betracht kommt, wird gelegentlich in der speciellen Pathologie zu erörtern sein.

zimmer nicht verlassen darf, beigegeben wird. In praktischer Beziehung ist endlich noch zu erwägen, dass die offenen Anstalten fast durchweg Privatanstalten, und dementsprechend die Verpflegnngskosten erheblich höher sind. Bei weniger bemittelten Kranken kommt daher stets nur die sog. geschlossene Anstalt in Frage.

Ungeeignet zur Unterbringung psychisch-kranker Individuen sind diejenigen offenen Kaltwasserheilanstalten, welche einen Hôtel-mässigen Charakter tragen. Einen gewissen Abschluss nach aussen muss auch die offene Anstalt haben, wenn sie Psychisch-Kranke heilen soll.

Hat sich der Arzt für die Aufnahme in die Anstalt entschieden, so wird doch in den meisten Fällen die Ueberführung in die Anstalt nicht sofort stattfinden können, da dieser leider noch in vielen Gegenden Deutschlands die Erfüllung zahlreicher weitschweifiger Formalitäten vorausgehen muss. Der Arzt wird daher genöthigt sein, jede Psychose doch einige Zeit, nämlich bis zur Ueberführung in die Anstalt, selbst zu behandeln. In der speciellen Pathologie wird für jede einzelne Psychose besonders angegeben werden, wie diese Vorbehandlung in der Familie am zweckmässigsten durchgeführt wird. Die Grundsätze dieser Vorbehandlung in der Familie decken sich im Wesentlichen mit denjenigen der definitiven Behandlung in der Anstalt.

Die wichtigsten Heilmittel, welche bei der Behandlung von Psychosen uns zur Verfügung stehen, sind folgende:

1. Diätetische Mittel.

a. Bettruhe. Bei den meisten acuten Psychosen und zwar gerade auch bei solchen, welche mit schwerer motorischer Agitation verlaufen, ist Bettruhe dringend angezeigt. Der Kräfteverbrauch wird durch die Bettruhe auf das überhaupt erreichbare Minimum reducirt. Eine dauernde Gleichmässigkeit aller äusseren Bedingungen lässt sich auf keinem anderen Wege ebenso erreichen wie durch Bettruhe. Zudem ist letztere vorzüglich geeignet dem Kranken das Bewusstsein, dass er krank ist, beizubringen und zu erhalten. Endlich ist die Ueberwachung des Kranken im Bett in der Regel viel leichter durchzuführen als ausserhalb desselben.

b. Körperliche Beschäftigung. Solange die körperliche und geistige Erschöpfung bei einer Psychose überwiegt, verzichtet man am besten auf jede Beschäftigung des Kranken. Namentlich bei schweren primären Hemmungssymptomen wirkt Beschäftigung meist schädlich. Um so mehr ist dieselbe angezeigt, wo die corticalen Associationen beschleunigt sind oder wo schwere Erregungsaffecte oder Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen bestehen. Arbeit lenkt die Kranken von ihren krankhaften psychischen Processen ab nnd verschafft ihrem pathologischen

Bewegungsdrang Gelegenheit zu normalen, geordneten und controlirbaren Entladungen. Die Auswahl einer zweckmässigen Beschäftigung im Einzelfalle ist eine der schwierigsten Aufgaben des Psychiaters. Soweit geistige Beschäftigung in Frage kommt, werden die wichtigsten Gesichtspunkte bei Besprechung der sog. psychischen Behandlung zur Sprache kommen. Körperliche Beschäftigung (einfache Handarbeiten, Handwerkerarbeiten, Gartenarbeiten, Holzsägen u. dgl.) ist im Allgemeinen vorzuziehen, weil sie dem kranken Gehirn keine psychische Arbeit zumuthet und doch Ablenkung gewährt. Jedenfalls ist jede Ueberanstrengung zu vermeiden. Am besten geschieht dies, indem der Arzt ganz bestimmte Arbeitsstunden festsetzt und ganz bestimmte Erholungspausen einschiebt. Gerade der regelmässige Wechsel von Ruhe und Arbeit spielt eine wichtige therapeutische Rolle. Wann und in welchem Umfange die Bettruhe durch körperliche Beschäftigung zu ersetzen bezw. im Bett körperliche Beschäftigung (Handarbeiten) zu erlauben ist, kann nicht in allgemeingültiger Weise für alle Psychosen und nicht einmal für alle Fälle einer bestimmten Psychose angegeben werden. Die specielle Pathologie wird uns wichtige Fingerzeige in dieser Beziehung geben müssen, viel wird jedoch hier stets dem individualisirenden Ermessen des Arztes überlassen bleiben. — Spaziergänge, Gymnastik, Spiele im Freien sind weitere im Ganzen noch viel zu wenig in Anwendung gezogene therapeutische Mittel, bei welchen die körperliche Beschäftigung eine Hauptrolle spielt.

c. Fernhaltung äusserer Reize. Bei vielen Psychosen ist es zweckmässig, dem Kranken möglichst wenig äussere Reize zuzuführen oder — mit anderen Worten — sein Empfindungsleben möglichst monoton zu gestalten. Der Kranke mit Hemmungen erschöpft umsonst seine Kraft an der Verarbeitung neuer Empfindungen. Der Kranke mit Ideenflucht wird durch neue Empfindungen zu neuen Vorstellungsreihen angeregt und seine Ideenflucht hierdurch noch gesteigert. Dem Kranken mit Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen bieten neue, wechselnde Empfindungen die fruchtbarsten Anknüpfungspunkte für wahnhafte Auslegungen und illusionäre Transformationen. Schon die Bettruhe an sich ist geeignet, einem erheblichen Wechsel äusserer Reize vorzubeugen. In manchen Fällen wird es vortheilhaft sein, den Kranken völlig zu isoliren, d. h. ihn während des grössten Theils des Tages allein zu lassen. In den Anstalten sind für diese therapeutische Isolirung eigene Zimmer, die sog. Isolirzimmer eingerichtet. Bei selbstmordverdächtigen Kranken ist diese Isolirung selbstverständlich zu verwerfen. Bei erregten Kranken ist die Isolirung nur durchzuführen in sog. Zellen, d. h. in Isolirzimmern, welche keine Möbel oder in dem Boden verankerte Möbel enthalten und nach aussen durch festverschlossene Thüren und unzerbrechliche Fenster-

scheiben abgeschlossen sind. Man soll übrigens mit dieser Isolirung sehr sparsam und vorsichtig sein. Bei längerer Isolirung verwildern die Kranken meistens. Sohald sich irgend welche Zeichen solcher Verwilderung (Unreinlichkeit!) zeigen, ist jedenfalls die Isolirung sofort aufzuheben. Bei Hallucinanten verhietet sich längere Isolirung oft schon deshalb, weil die Abwesenheit aller äusseren Reize oft das Auftreten von Hallucinationen begünstigt. Sehr oft ist ein regelmässiger Wechsel von Beschäftigung in Gemeinschaft mit anderen Personen und Isolirung vortheilhaft.

Die Fernhaltung der Angehörigen ist häufig Conditio sine qua non für die Genesung. Es wurde dies schon oben bei Besprechung der Indicationen für die Anstaltsbehandlung betont. Das Sehen und Hören der Angehörigen wirkt insofern meist noch erheblich schädlicher als neue Reize überhaupt, als ausser neuen Empfindungen auch immer Affecterregungen mit demselben sich verbinden. Daher werden auch in der Anstalt Besuche von Angehörigen auf der Krankheitshöhe im Allgemeinen nicht zugelassen. Jeder Besuch — auch ganz abgesehen von dem unvermeidlichen Abschied am Schlusse desselben — regt zahllose Vorstellungsreihen und zahllose Affecte (Sorgen u. s. w.) an. Auch der Briefwechsel bedarf aus demselben Grunde der Einschränkung. Auch diese Vorschriften sind nicht allgemeingültig. Es giebt Fälle, in welchen ein überhandnehmendes Heimweh oder eine überhandnehmende Unorientirtheit durch Zulassung eines Briefes oder eines Besuches in einer für den ganzen Krankheitsverlauf entscheidenden Weise günstig beeinflusst wird.

d. Ernährung. Bei sehr vielen Psychosen liegt der Ernährungszustand schwer danieder. Bald ist diese Inanition eine Folge der Psychose selbst, bald entwickelt sich umgekehrt letztere in der früher besprochenen Weise auf dem Boden der ersteren. Stets ist daher bei Geisteskranken die Ernährung auf das Sorgfältigste zu controliren. Oft ist es indicirt, eine Ueberernährung durchzuführen. Bei acuten Erschöpfungspsychosen sind vor allem Eier, Milch und Butter zu verabreichen. Sehr gute Dienste leisten auch die Arecapräparate sowie das Lipanin. Das Fleisch wird in schweren Fällen am besten fein geschabt oder gewiegt verabreicht. Spirituosen sollen für Fälle aufgespart werden, in welchen Herzcollaps vorliegt oder unmittelbar droht. Nur bei senilen Psychosen darf man mit Wein u. dgl. freigebiger sein. Sehr wichtig ist es, den Kranken oft — etwa zweistündlich — Nahrung anzubieten und lieber die Quantität der zur einzelnen Mahlzeit vorgesetzten Speisen einzuschränken.

Die Appetitlosigkeit der Kranken weicht oft sehr rasch, wenn eine bestehende Magenverstimmung oder Obstipation beseitigt wird. Es ist

daher namentlich bei acuten Psychosen die Zunge mittelst Läppchens oder Spülens etwa 2stündlich von Belag zu befreien und der Stuhlgang genau zu reguliren. Regelmässige Leibmassage, Darreichung von Obst, ev. Klystiere (nöthigenfalls mit Zusatz von Ricinusöl) oder — in den schwersten Fällen — hohe Eingiessungen*) sind im Allgemeinen den innerlichen Medicamenten vorzuziehen.

Nahrungsverweigerung auf Grund von Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen („ich bin nicht werth zu essen“, „ich darf nicht essen“, „im Essen ist Gift“) wird zunächst am besten 24 Stunden lang vom Arzt völlig ignorirt. Man redet dem Kranken nicht zu, sondern bietet ihm nur in regelmässigen Zwischenräumen Speise an. Oft empfiehlt es sich auch, scheinbar versehentlich in der Nähe des Kranken etwas Nahrung, z. B. während der Nacht, stehen zu lassen. Nicht wenige Kranke gehen ihrem Hungergefühl nach, sobald sie sich unbeobachtet glauben. In anderen Fällen ist die Wahnvorstellung oder die Sinnestäuschung**) stärker als der Hunger. Je nach dem Kräftezustand des Kranken wird man nun 2—3—5 Tage zuwarten dürfen; sobald die Pulswelle den drohenden Collaps anzeigt, ist sofort zur künstlichen Ernährung zu schreiten. Ernährende Klystiere (3 Eier, ½ Liter Wasser, 1 Messerspitze Kochsalz) können zunächst versucht werden. Meist reichen dieselben nicht aus, den fortschreitenden Kräfteverfall aufzuhalten. Man muss sich dann doch zur Schlundsondenfütterung entschliessen. Letztere findet am zweckmässigsten in der Weise statt, dass eine weiche elastische Sonde dem in Rückenlage festgehaltenen Kranken durch die Nase eingeführt wird. Man giesst ½ Liter Milch (mit 2 Eiern) und ¼—½ Liter schweren Wein ein. Sehr zweckmässig ist es, etwas Kochsalz zuzufügen und — falls Obstipation besteht — auch 1—2 Esslöffel Ricinusöl. Bei Kranken mit stärkerer Brechneigung ist die Quantität der eingeführten Milch einzuschränken. Es versteht sich von selbst, dass die Sondenfütterung der grössten Vorsicht bedarf; die Gefahr, dass in Folge des Eindringens des Schlauches in die Luftröhre oder in Folge plötzlichen Erbrechens Speisepartikel in den Bronchialbaum gelangen und tödtliche Schluckpneumonien oder Lungengangrän hervorrufen, liegt oft sehr nahe.

In solchen Fällen, wo die Ernährung sehr stark gelitten hat und die Psychose offenbar im Wesentlichen auf die allgemeine Ernährungs-

*) Mitunter ist auch die manuelle Entfernung der harten Kothballen aus dem Rectum erforderlich.

**) In manchen Fällen lässt auch die motorische Erregung oder Hemmung als solche die Kranken nicht zum Essen kommen. Endlich kann bei Zuständen protrahirter Bewusstlosigkeit in gefahrdrohenden Fällen Sondenfütterung nothwendig werden.

störung zurückzuführen ist, kann die Hebung der Ernährung und damit die Heilung der Psychose beschleunigt werden, indem man mit der Bettruhe und der Ueberernährung eine tägliche Massage des ganzen Körpers verbindet. Oft ist es ohne Massage gar nicht möglich, die erforderliche oder gewünschte Ueberernährung durchzuführen. Die durch die Massage geleistete Anregung des Stoffwechsels kann man durch allgemeine Faradisation noch weiter steigern. Bei diesen Massagekuren nähert sich die ganze Behandlung der sog. Playfair'schen oder Weir-Mitchell'schen Mastkur.

2. Hydrotherapie.

In den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts wurde die kalte Douche noch vielfach als Strafmittel zur „Besserung" der Geisteskranken angewandt. Man nannte dies Traitement moral. Seitdem die Psychiatrie aufgehört hat, die geistigen Erkrankungen auf Immoralität zurückzuführen, hat das hydriatrische Strafverfahren sich in die Winkel einiger Pflegeanstalten zurückgezogen. Um so ausgiebiger wird die Hydrotherapie zu Heilzwecken angewandt. Die wichtigsten hydrotherapeutischen Behandlungsmittel sind:

a. Das warme prolongirte Vollbad. Die Temperatur ist auf 25—29° zu bemessen. Die Dauer des Bades soll zwischen 20 Minuten und 2—3 Stunden schwanken. Ueberschreitet die Dauer 1 Stunde, so empfiehlt es sich zum Schluss durch Zulassen warmen Wassers die Temperatur bis auf 30 oder 31° zu steigern. Die Hauptwirkung des Bades ist die beruhigende; zuweilen steigert sich diese so weit, dass nach dem Bade mehrstündiger Schlaf eintritt. Indicirt ist das warme prolongirte Vollbad bei allen depressiven Erregungszuständen; bei Exaltationszuständen und neurasthenischen Reizbarkeitszuständen versagt die beruhigende Wirkung oft. Auch zur Anregung des Stoffwechsels kann es in Anwendung gezogen werden. In diesem Falle empfiehlt sich kurze Dauer und Zusatz von Soole (2—3 Kilo). Direct nach dem Bade sind appetitlose und selbst abstinirende Kranke oft leichter zur Nahrungsaufnahme zu bewegen. Abstand ist von der Anwendung des warmen prolongirten Vollbades jedenfalls in allen denjenigen Fällen zu nehmen, in welchen der Kranke Wahnvorstellungen (ängstlichen oder verfolgenden Inhalts) an die Procedur des Badens knüpft. Der erregende Einfluss solcher Wahnvorstellungen überwiegt dann nämlich fast stets über den beruhigenden des Bades.

b. Das kalte Bad. Die Dauer ist auf 5—15 Minuten, die Temperatur auf 12—20° zu bemessen. Meist empfiehlt es sich mit wärmeren Bädern zu beginnen und allmählich zu niedriger temperirten überzugehen. Entsprechend der Herabsetzung der Temperatur ist die Dauer abzu-

kürzen. Das kalte Bad ist als Abhärtungsmittel des Nervensystems bei vielen Fällen von Neurasthenie indicirt. Auch bei der Hysterie und namentlich bei der Epilepsie wirkt es oft günstig. Contraindicirt ist das kalte Bad bei anämischen und bei allen im Ernährungszustand heruntergekommenen Individuen.

c. Die hydropathische Einpackung des ganzen Körpers mit Ausschluss des Kopfes (und eventuell der Arme). Diese findet in der Weise statt, dass um den nackten Körper des Kranken ein in Wasser von 22—26° getanchtes Laken geschlungen und über dies Laken eine dicht anschliessende wollene Decke gewickelt wird. Die Dauer schwankt zwischen ½—2 Stunden (meist ¾—1 Stunde). Die Wirkung ist ähnlich wie diejenige des warmen prolongirten Vollbades eine beruhigende. Bei depressiven Erregungszuständen wirkt zuweilen die feuchte Einpackung in Fällen beruhigend, wo das warme Vollbad versagt. Bei Exaltationszuständen und neurasthenischen Reizbarkeitszuständen leistet sie in der Regel mehr als dieses. Oft schlafen die Kranken in der Einpackung ein. Contraindicirt ist auch die hydropathische Einpackung bei allen Kranken, welche auf Grund von Wahnvorstellungen u. s. w. sich dauernd gegen die Maassregel sträuben. Etwa eintretende Congestivzustände sind durch kühle Compressen, welche man auf Stirn, Scheitel und Nacken applicirt, zu bekämpfen.

d. Kalte Abreibungen oder Abwaschungen (ev. auch Uebergiessungen) sind im Ganzen in denselben Fällen angezeigt, in welchen das kalte Bad indicirt ist. Doch ist ihre Anwendung eventuell auch bei schwächlicheren Individuen unbedenklich, vorausgesetzt, dass die Abreibung nicht zu kalt ist und nicht zu lange dauert (nicht unter 18° und nicht länger als 4 Minuten). In manchen Fällen (Neurasthenie) kann die Abwaschung mit grossem Vortheil mehrmals täglich wiederholt werden (Morgens, Mittags, Nachmittags, nicht Abends). Auch bei stuporösen Zuständen sind oft kurze, nicht zu kalte Abreibungen vortheilhaft. Abgesehen von der methodischen täglichen Anwendung der kalten Abreibungen können dieselben ad hoc gemacht werden, um den einzelnen hysterischen oder hypochondrischen Anfall oder eine der früher erwähnten Affectkrisen zu coupiren oder abzukürzen. Auch bei starken hallucinatorischen Erregungen wirken kalte Abwaschungen oft vortheilhaft im Sinne eines Gegenreizes. Laue Abwaschungen (23—24°, 10 Minuten) wirken mehr beruhigend als anregend; bei abendlicher Application wirken sie fördernd auf den Schlaf.

e. Locale kalte oder warme Compressen, Abreibungen oder Einwicklungen. Solche sind seltener indicirt. Auf Kopfdruck wirken öfters kühle Compressen auf Stirn und Scheitel oder Benetzungen der Stirn (ohne völliges Abtrocknen) lindernd. Bei affectiven Erregungs-

zuständen und hysterischen Krampfanfällen empfiehlt sich oft auch ein energisches Frottiren der Brust mit kalten, nassen Tüchern.

3. Electrotherapie.

Die Electrotherapie spielt in der Psychiatrie bis jetzt keine grosse Rolle. Die Kopfgalvanisation ist begreiflicherweise oftmals gegen die verschiedensten Psychosen angewandt worden, jedoch ohne sicheren Erfolg. Nur gegen Schlaflosigkeit bewährt sie sich in manchen Fällen (Querströme, Abends vor dem Schlafengehen von 10minütiger Dauer und in der Stärke von $1^1/_2$ M. A. anzuwenden). Locale Behandlung von Druckpunkten, Topalgien und Neuralgien mit der Anode leistet oft gute Hülfe gegen solche complicirende Symptome. Die allgemeine Faradisation wurde bereits als Unterstützungsmittel der Ernährungskur angeführt. Locale Faradisation kann öfters mit Vortheil an Stelle der localen kalten, nassen Frottirungen treten. In sehr vielen Fällen, in welchen die Electrisation scheinbar wirksam sich zeigt, ist sie nur ein geeignetes Vehikel der Suggestion (s. u.).

4. Medicamentöse Therapie.

a. Opium und seine Alcaloide. Das Opium kann entweder innerlich als Pulver oder in Gestalt der Tinctur verabreicht oder als Extract. Op. aquosum subcutan injicirt werden. Bei subcutaner Behandlung wird es zwar besser vertragen, insofern die Magenbeschwerden geringer sind, dafür giebt der Act der Einspritzung selbst vielen Kranken zu allerhand Wahnvorstellungen Anlass. Auch setzt die Opiumwirkung bei subcutaner Injection zwar rascher ein und ist intensiver, dafür aber verfliegt sie rascher. Wenn es sich daher nicht darum handelt, eines schweren plötzlichen Angstanfalls oder eines anderen die Opiumbehandlung indicirenden Symptoms möglichst rasch Herr zu werden, wird man doch meist die innerliche Anwendung vorziehen. Das Opium bewährt sich namentlich bei der Bekämpfung depressiver Affectstörungen, vor Allem der primären Angst und der primären Traurigkeit. Hier wirkt es nicht nur augenblicklich lindernd, sondern bei längerer Anwendung bringt es schliesslich diese primären Affectstörungen völlig zum Schwinden. In zweiter Linie zeigt es sich wirksam gegenüber hallucinatorischen Erregungszuständen, insbesondere solchen, welche in dem früher besprochenen Sinne auf dem Boden cerebraler Erschöpfung auftreten. Auf Einzelheiten dieser Indicationen sowie auf einige weitere Indicationen wird in der speciellen Pathologie einzugehen sein. In der Regel beginnt man mit einer Tagesdosis von 0,15 und steigt bis zu Tagesdosen von 0,5, 1,0 und selbst 1,5 g.

Die Anwendung des Morphiums statt des Extr. Opii aquos. ist unbedenklich; jedenfalls ist jedoch jede einzelne Einspritzung vom Arzt selbst zu machen, auch theilt man dem Kranken am besten den Namen des Mittels nicht mit. Die Gefahr der Angewöhnung an Morphium ist erfahrungsgemäss viel grösser als diejenige der Angewöhnung an Opium. Die Indicationen sind im Wesentlichen dieselben.

b. Hyoscin. Dieses Alcaloid wird fast nur subcutan angewendet. Die Anfangsdosis beträgt 0,0006 g für die Frau und 0,0008 g für den Mann. Da rasch Gewöhnung an das Mittel eintritt, so muss die Dosis sehr rasch erhöht werden; man kann die einmalige Dosis schliesslich bis auf 0,003 und die Tagesdosis bis auf 0,01 g steigern. Die Wirkung des Mittels beschränkt sich — im Gegensatz zum Morphium — fast ausschliesslich auf die motorischen Centren. Die Bewegungen des Kranken werden schon wenige Minuten nach der Einspritzung incoordinirt und kraftlos. Schliesslich tritt Schlaf ein (meist nach 10—15 Minuten). Durch Anrufe oder Hautreize ist der Kranke jederzeit leicht aus demselben wieder zu wecken. Die von dem Alcaloid hervorgerufene Contraction der peripheren Arterien verleiht dem Kranken im Hyoscinschlafe ein leichenblasses Aussehen, welches — zusammen mit der Verlangsamung der Respiration — den Unerfahrenen oft erschreckt. Dabei ergiebt genauere Untersuchung, dass der Blutdruck sogar gesteigert und die Athmung ganz entsprechend der Verlangsamung vertieft ist. Unangenehme Nebenwirkungen sind die Accommodationslähmung und die Schluckstörung. Auch kommt dem Mittel entschieden cumulative Wirkung zu. Schliesslich beobachtet man völlige Lichtstarre der Pupillen, welche das Aussetzen des Mittels einige Tage überdauern kann.

Längere Anwendung des Hyoscins ist namentlich in allen denjenigen Fällen indicirt, in welchen eine schwere motorische Agitation und Ideenflucht besteht (also z. B. bei Manie). Einmalige oder gelegentliche Anwendung des Mittels erweist sich zweckmässig, wenn überhaupt eine schwere motorische Erregung (sei es mit oder ohne Ideenflucht) vorliegt, welche auf anderem Wege nicht beseitigt werden kann und doch aus bestimmten Gründen — z. B. um einen übermässigen Kräfteverbrauch und damit drohenden Collaps zu verhüten oder Selbstbeschädigungen zu vermeiden — beseitigt bezw. verringert werden muss. Hier wirkt das Mittel oft geradezu lebensrettend. Insbesondere empfiehlt sich das Mittel auch bei tobsüchtig erregten Kranken, deren Einlieferung in die Anstalt sich aus irgend einem Grunde verzögert. Bei der enormen Schwierigkeit, in der Privatbehandlung solche Kranken vor gefährlichen Gewaltthätigkeiten gegen sich und gegen die Umgebung zu bewahren, ist die Anwendung des Hyoscins oft dringend geboten. Auch bei dem Transport solcher Kranken in die Anstalt leistet das Mittel dem Arzt

unschätzbare Dienste. Bei schweren Erregungszuständen der Angst wird es zweckmässig mit Morphium combinirt (0,015 Morphium + 0,0005 Hyoscin.*) — Bei nahrungsverweigernden Kranken kann oft der Beginn der Hyoscinbetäubung mit Vortheil zum vorsichtigen Einflössen von Nahrung (jedoch nur flüssiger) benutzt werden.

Dem Hyoscin sehr ähnlich wirkt das schwefelsaure Duboisin; doch ist die Wirkung etwas weniger intensiv.

c. Chloralhydrat. Da subcutane Anwendung des Mittels wegen der Gefahr der Abscedirung ausgeschlossen ist, so ist es nur bei solchen Kranken anwendbar, welche es freiwillig nehmen. Entweder kann es per os oder per clysma verabreicht werden. Die Dosis ist im ersteren Falle auf 1—2 g, im letzteren auf 2—3 g zu bemessen. Der Chloralschlaf hat den Vortheil, dass er dem natürlichen Schlaf am ähnlichsten ist. Die Nachtheile des Chlorals hängen mit seiner gefässlähmenden Wirkung zusammen. Wegen der letzteren ist sein Gebrauch in allen Fällen, in welchen Erkrankungen des Herzens oder der Gefässe bestehen oder die Herzthätigkeit schwach ist, durchaus contraindicirt. Namentlich ist der längere Fortgebrauch des Chlorals auch bei intactem Circulationsapparat stets bedenklich. Es kommt hinzu, dass bei wiederholter Anwendung das Chloral sehr rasch versagt, und dass dann auch Steigerungen der Dosis bald nicht mehr ausreichen, Schlaf zu erzielen. Am meisten empfiehlt sich die gelegentliche Anwendung des Chlorals bei acuten hallucinatorischen Erregungszuständen. Oft kann es vortheilhaft mit Morphium oder Opium combinirt werden (0,01 Morphium auf 1,0 Chloral). Auch kann in solchen Fällen das Chloral mehrmals täglich in kleinerer Dosis (0,5 g) zur Herabsetzung der hallucinatorischen Erregung verwandt werden.

d. Paraldehyd und Amylenhydrat. Beide sind in Oel oder in Wein und zwar 3—4 g pro dosi zu verabreichen. Beide sind lediglich Schlafmittel und können mit Vortheil zur gelegentlichen Ablösung eines anderen Schlafmittels, dessen Wirkung in Folge wiederholten Gebrauchs zu versagen droht, verwandt werden.

e. Sulfonal und Trional. Dieselben sind heute die empfehlenswerthesten Mittel unseres Arzneischatzes, wenn es einfach darauf ankommt Schlaf zu erzielen. Sie sind nur per os wirksam. Am besten verabreicht man sie in einer grösseren Menge heisser Milch oder gesalzener Suppe. Will man den bei der Lösung des Mittels sich einstellenden bitteren Geschmack vermeiden, so lässt man das Mittel zunächst in etwas Wasser ungelöst schlucken und dann heisse Milch oder Suppe in grösserer Menge nachtrinken. Die Dosis beträgt für Sulfonal 2 g, für

*) Hydrochloricum oder hydrojodicum.

Trional 1,5 g. Subcutane Anwendung ist ausgeschlossen, beide Mittel kommen daher nur bei solchen Kranken in Betracht, welche freiwillig sich zum Einnehmen von Arzneimitteln entschliessen. Mehrfach gelingt es übrigens auch das Mittel unbemerkt dem Kranken beizubringen, indem man es feinpulverisirt mit Salz vermischt auf Butterbrod streut. Eine regelmässige Anwendung des Sulfonals oder Trionals empfiehlt sich, da öfter Magendarmerscheinungen beobachtet werden, nicht. Auch scheinen beide Mittel etwa bestehende Gehörshallucinationen zu verstärken.

f. Bromsalze. Am zweckmässigsten ist die Darreichung des Bromnatriums. Die Bromehandlung erweist sich namentlich bei primären Exaltationszuständen vortheilhaft. Auch hallucinatorische Erregungszustände (insbesondere Hallucinationen auf dem Gebiete der Haut- und Organempfindungen) werden oft günstig beeinflusst. Als Schlafmittel bewährt es sich namentlich in solchen Fällen, wo die Schlaflosigkeit auf einem gesteigerten Traumleben beruht (z. B. bei Neurasthenie). Endlich entfaltet das Brom eine fast specifische, wenn auch selten zu völliger Heilung führende Wirkung gegenüber der Epilepsie und den epileptischen Psychosen. Bei letzteren empfiehlt sich dringend die Verbindung von Brom mit Opium. Die Dosis ist auf mindestens 5 g zu bemessen, in schweren Fällen kann bis auf 12 g pro die gestiegen werden. Stets ist das Mittel stark verdünnt zu reichen.

Auf zahlreiche Einzelindicationen für die soeben angeführten Medicamente sowie auf gelegentliche Verwendung anderer Medicamente (Chinin, Ergotin u. s. w.) wird in der speciellen Pathologie und Therapie aufmerksam gemacht werden.

5. Psychische Therapie.

Neben der diätetischen Therapie ist die psychische Therapie weitaus am wichtigsten. Einige Grundsätze derselben mussten bereits oben bei Besprechung der diätetischen Therapie gestreift werden (vgl. über Isolirung u. s. f.). Weitere wichtige Grundsätze sind folgende:

a) Bei primärer Depression versuche man nicht durch sog. Zerstreuung die Kranken aufzuheitern. Solche Kranke fühlen sich vermöge ihrer Depression bei jedem Aufheiterungsversuch meist doppelt unglücklich. Auch mit dem Zusprechen von Trost sei man nicht zu freigebig. Ein kurzes, seltenes Trostwort wirkt am nachhaltigsten.

b) Bei primärer Exaltation verzichte man auf alle weitläufigen Mahnreden oder Strafpredigten. Excesse erschwere man durch Ueberwachung und Beschäftigung. Speciell wird man auch durch geistige Beschäftigung versuchen die gesteigerte Associationsthätigkeit dieser Kranken in geordnete Bahnen zu lenken. Bei gebildeten Kranken

empfiehlt sich in erster Linie neben körperlicher bezw. mechanischer Beschäftigung Zeichnen, Vorlesen (nicht Lesen), Excerpiren und Uebersetzen. Etwaige Excesse sind niemals dem Kranken als ein Unrecht vorzuhalten, sondern durch geeignetere Ueberwachung u. s. w. künftig zu verbüten; man darf höchstens den Kranken auf die unangenehmen Folgen, welche Excesse für ihn und andere haben, kurz aufmerksam machen.

c) Auf eine Discussion über Wahnideen und Sinnestäuschungen sich einzulassen ist fast niemals räthlich. Wahnideen werden leichter vergessen als widerlegt, und das Anstreiten gegen Sinnestäuschungen führt nur dazu, dem Arzt das Vertrauen des Kranken zu rauben. Auch führt die Discussion über Wahnvorstellungen den Kranken oft geradezu dahin, nach Gründen für seine Wahnvorstellungen zu suchen und dieselben zu systematisiren. Man begnüge sich im Allgemeinen damit, kurz seine Meinung dahin auszusprechen: „ich halte Ihre Vorstellungen für Irrthümer und Ihre Stimmen bezw. Erscheinungen für Täuschungen (für Träume im Wachen), aber der weitere Verlauf soll entscheiden, ob ich Recht habe!“ Eine objective geistige Beschäftigung erweist sich neben körperlicher Beschäftigung — wenigstens bei gebildeten Kranken — auch hier am nützlichsten. Nur empfiehlt es sich die geistige Beschäftigung etwas vielseitiger zu gestalten: man lasse stundenweise zwischen Ruhe, geistiger Beschäftigung und körperlicher Beschäftigung wechseln und wechsele auch mit der geistigen Beschäftigung öfters. Auch auf Verkehr und Spielen mit Mitkranken ist Gewicht zu legen.

d) Bei überhandnehmender wahnhafter oder hallucinatorischer Unorientirtheit kann mitunter ein geschickter Orientirungsversuch rasch klärend wirken. So beobachtet man, dass ein Besuch der Angehörigen zur richtigen Zeit, eine einfache kurze Auseinandersetzung der Situation durch den Arzt, ein Ausgang im geeigneten Moment, ja sogar das blosse Verstatten des Lesens einer Zeitung dem Kranken auf den richtigen Weg zur Klärung verhilft.

e) Jedweder affectiven bezw. motorischen Erregung der Kranken setze man unerschütterliche Ruhe entgegen. Der Kranke soll wissen, dass der Arzt ausserhalb der Stürme steht, die ihn selbst erschüttern. Daher spreche man im Allgemeinen auch eher langsam und eher wenig, namentlich unterbreche man den Kranken im Allgemeinen in seinen Reden nicht.

f) Bei Kranken mit Hemmung sei man doppelt sparsam mit Unterredungen. Zur Beantwortung der Fragen, welche man stellt, lasse man dem Kranken viel Zeit. Namentlich vermeide man, wenn der Kranke die Antwort schuldig bleibt, weiter Frage auf Frage zu häufen. Mit geistiger Beschäftigung soll man bei diesen Kranken vorsichtig sein.

g) Man sei durchaus wahr gegen den Kranken. Auch die sog. Nothlüge ist dem Geisteskranken gegenüber möglichst zu vermeiden.

Selbstverständlich sind diese Grundsätze in keiner Weise erschöpfend. Die psycho-pathologischen Symptome und Zustände sind viel zu mannichfaltig, als dass sich ihre psychische Behandlung in einige wenige Regeln zusammenfassen liesse. In letzter Linie entscheidet im Einzelfall oft der psychologische Instinct des Arztes. Ebenso darf man den oben aufgeführten Grundsätzen keine absolute Gültigkeit beimessen. Jeder einzelne Fall einer Psychose ist in viel höherem Maass eine Krankheit für sich als z. B. ein Fall von Lungenentzündung oder Typhus. Die Behandlung und speciell gerade die psychische Behandlung der Psychosen muss daher im höchsten Maasse individualisiren.

Zur psychischen Therapie im weiteren Sinn gehört auch die Hypnose und die Suggestion in der Hypnose. Man hat erstere mannichfach gegenüber den verschiedensten Erregungszuständen angewandt. Die Erfolge sind im Ganzen spärliche. Mehr leistet die Hypnose und zwar speciell die Suggestion in der Hypnose zuweilen bei hysterischen und hypochondrischen Zuständen. Jedenfalls bedarf es bei der Hypnose grosser Vorsicht. Ungünstige Nebenwirkungen werden nicht zu selten beobachtet (wahnhafte und hallucinatorische Erregungen u. s. w.). Bei weiblichen Individuen ist die Hypnose nur in Gegenwart dritter Personen vorzunehmen: weibliche Geisteskranke knüpfen nur allzuleicht an die Hypnotisirungsversuche allerhand Erinnerungsentstellungen (z. B. im Sinn eines stattgehabten Stuprumversuchs u. dgl. m.)

6. Aetiologische Therapie.

Die ätiologische Therapie ist selbstverständlich. Wenn eine Psychose auf Hirnsyphilis beruht, wird man eine specifische Kur einleiten, und so in vielen anderen Fällen. Eine Vernachlässigung dieser ätiologischen Indicationen wird am sichersten durch eine genaue Untersuchung aller Körperorgane verhütet; aus der letzteren ergeben sich die Fingerzeige für die ätiologische Behandlung ohne Weiteres.

Specielle Behandlung einiger wichtiger Einzelsymptome.

a) Nahrungsverweigerung. S. oben unter diätetischen Mitteln.

b) Selbstmordverdächtigkeit. Die Verhütung von Selbstmordversuchen in vielen Fällen ist eine der wichtigsten Aufgaben des Arztes. Kranke, welche irgendwie selbstmordverdächtig sind, also namentlich Kranke mit Angstaffecten, mit hallucinatorischer Erregung oder mit impulsiven Einfallshandlungen sind weder bei Tag noch bei Nacht allein zu

lassen. Alle scharfen Instrumente (Messer, Scheeren) sind dem Kranken abzunehmen und keinesfalls (auch z. B. beim Essen nicht) wieder einzuhändigen. Wenn irgend möglich, ist der Kranke in einem Parterrezimmer oder in einem Zimmer mit vergitterten Fenstern unterzubringen, um einen Sturz aus dem Fenster zu verhüten. Sehr erleichtert wird die Ueberwachung, indem man dauernde Bettruhe (s. o.) anordnet. Der Gefahr einer Strangulation begegnet man am besten durch ständige Ueberwachung; in manchen Fällen wird man auch Nachts Angehörige oder Krankenpfleger, welche sich regelmässig ablösen, bei dem Kranken wachen lassen. In leichteren Fällen genügt neben ständiger Ueberwachung, welche jedenfalls durchzuführen ist, öftere Durchsuchung des Bettes (nach Stricken, Tuchstreifen u. dgl.). Der überwachenden Person ertheilt man den stricten Auftrag, dass sie keinesfalls — auch nicht für einen sog. „Augenblick" — den Kranken verlässt. Speciell hat dieselbe den Kranken auch stets bis in den Abort zu begleiten, wofern man nicht vorzieht dem Kranken in seinem Zimmer bezw. Bett den Unterschieber zu geben. Alle Haken, Nägel u. s. w. wird man nach Möglichkeit entfernen, eventuell kann man auch durch Blechbütchen von der Form eines Halbkegels, welche man über den betreffenden Haken, Angeln, Vorsprüngen u. s. w. anbringt, die Befestigung einer Schnur erschweren. Doch ist hervorzuheben, dass eine vollständige Sicherheit in dieser Hinsicht kaum herzustellen ist; hat man doch schon beobachtet, dass Kranke sich an den Pfosten ihres Bettes aufhingen. — Nachts hat jedenfalls die bei den Kranken schlafende Person die Thür abzuschliessen und die Fenster ebenfalls zu verwahren, um ein nächtliches Entweichen mit nachfolgendem Selbstmordversuch zu verhüten. Den Thürschlüssel hat der Pfleger am besten Nachts um den Leib zu binden. — Endlich wird man durch hydropathische Maassnahmen, Darreichung von Opium u. s. w. die Angst, welche in erster Linie die meisten Kranken zum Selbstmord treibt, zu vermindern suchen.

c. Tobsüchtige Erregung. Der hydropathischen und medicamentösen Behandlung (Hyoscin) wurde bereits gedacht. Ebenso ist schon zur Sprache gekommen, dass körperliche Beschäftigung dem Bewegungsdrang erregter Kranken oft eine vorzügliche Ableitung verschafft. In der Anstalt bietet die Isolirung in einem unmöblirten Zimmer mit unzerbrechlichen Fensterscheiben ein weiteres Mittel, um gemeingefährliche Gewaltthätigkeiten zu verhüten. In vielen Fällen ist der fortgesetzte Ringkampf des Kranken mit 3—4 Pflegern mit viel grösseren Missständen für den Kranken selbst und seine Umgebung verknüpft als eine mehrstündige Isolirung. Insbesondere kommt letztere dann in Betracht, wenn Narcotica (z. B. auch Hyoscin) versagen oder aus irgend einem Grunde contraindicirt sind. Vgl. übrigens oben unter „diätetische Mittel". Da

tobsüchtig erregte Kranke häufig auch ihr Bettzeug und ihre Kleider zerreissen, so wird man oft genöthigt, denselben in der Zelle als Lager lediglich Stroh oder besser Seegras (ev. auch Holzwolle) zu geben; ausserdem erhalten die Kranken einen hemdartigen Anzug und Decken von unzerreissbarem Zeug.

Zwangsjacken gehören in die Rumpelkammer. Ueberhaupt ist jede Fesselung von Geisteskranken bis auf wenige Ausnahmefälle zu unterlassen. Diese Ausnahmefälle sind

erstens Fälle chirurgischer Verletzungen, in welchen das Toben der Kranken die Heilung der bez. Verletzung in ernster Weise gefährdet;

zweitens Fälle excessiver Masturbation, in welchen letztere die Heilung der Psychose hindert;

drittens Fälle schwerer tobsüchtiger Erregung, in welchen aus äusseren Gründen die Unmöglichkeit vorliegt, in anderer Weise die Umgebung vor dem Kranken zu schützen oder am Entweichen zu verhindern.

Der letzte Fall wird nur ausserhalb der Anstalt vorkommen; namentlich für den Transport schwer erregter Kranker in die Anstalt wird man zuweilen der Fesselung nicht entbehren können. Jedenfalls wird man auch in den oben aufgeführten 3 Fällen stets zuerst alle anderen Mittel (Hyoscin, Brom, Einpackungen u. s. w.) versuchen. Der Zwang, dem man den Geisteskranken zuweilen unterwerfen muss, soll nie den Charakter einer ärztlichen Verordnung verlieren. Jede einzelne Isolirung und erst recht jede weitergehende Zwangsmaassregel (wie z. B. die oben erwähnte ausnahmsweise Fesselung) darf nur auf directen Befehl des Arztes erfolgen. Niemals soll das Wartepersonal zu solchen Maassregeln befugt sein.

d) Unreinlichkeit. Koth- und Urinverunreinigungen erschweren die Behandlung manches Geisteskranken ungemein. Beruhen sie auf Schwachsinn oder Lähmung der Sphincteren, so wird man die Kranken stündlich zum Abort führen und durch regelmässige Bäder und Waschungen die Reinlichkeit zu erhalten suchen. Die Verwendung von Urinalen bewährt sich selten. Häufig tritt Kothschmieren und Urinsalben hinzu, so bei motorisch-erregten Kranken, ferner auf Grund von Wahnvorstellungen sowie namentlich Hand in Hand mit sexueller Ueberreizung. In solchen Fällen ist es oft zweckmässig, täglich den Kranken ein Klystier zu gehen und sie nach demselben so lange auf dem Nachtstuhl zu halten, bis reichliche Entleerung erfolgt ist. Auch kann man durch kleine Hyoscindosen oft mit Vortheil die motorische Erregung herabsetzen. Endlich bewährt sich oft die Darreichung von Opium; die Stuhlentleerungen erfolgen dann seltener, und die Verunreinigung mit

den harten Kothmassen ist meist unerheblicher. Aufsicht und regelmässiges Baden blieb auch hier weitaus das Wichtigste.

e) Masturbation. Medicamente wie Lupulin, Campher, Brom helfen wenig. Wirksamer sind kalte Waschungen und namentlich intensive körperliche Beschäftigung. In schweren Fällen ist ev. auch Nachts Ueberwachung geboten. Zur Fesselung darf man nur im äussersten Nothfall schreiten. Predigten über die verderblichen Folgen der Masturbation richten meist nur wenig aus und führen leicht zu hypochondrischen Wahnvorstellungen.

B. Specielle Psychopathologie.

Die Eintheilung der Psychosen.

Solange man getrennte Seelenvermögen annahm, konnte man sich vorstellen, dass entsprechend diesen Seelenvermögen einige scharfgetreunte psychische Krankheitsfamilien existiren müssten. Die Lehre von den Seelenvermögen ist gefallen. Es hat sich ergehen, dass die psychischen Processe sich sämmtlich dem früher entwickelten Schema der Ideenassociation einordnen, welche mit der Empfindung heginnt, eine Vorstellungsreihe durchläuft und mit der Bewegung ahschliesst. Apriorische Classificationen erscheinen bei dieser Sachlage von Anfang an aussichtslos. Wir werden auf den empirischen oder klinischen Weg hingewiesen. Die klinische Beohachtung lehrt nun zunächst einen grossen Unterschied zwischen den verschiedenen Geistesstörungen: es gieht Geistesstörungen, welche von ihrem ersten Beginn an einen deutlichen Intelligenzdefect (Urtheils- und Gedächtnissschwäche) zeigen, und solche, welche ohne Intelligenzdefect einsetzen und anch weiterhin ohne Intelligenzdefect verlaufen. Wir hezeichnen erstere auch kurzweg als Defectpsychosen: zu denselhen gehören die verschiedenen Formen des angehorenen nnd erworhenen Schwachsinns. Den Defectpsychosen stellen wir die Psychosen ohne Intelligenzdefect gegenüher; dahei ist nicht ausgeschlossen und von Anfang an hervorzuhehen, dass gelegentlich auch diese Psychosen ohne Intelligenzdefect schliesslich nach längerem Verlauf, wenn Heilung aushleiht, allmählich zu einem Intelligenzdefect, der sog. secnndären Demenz, führen können. Diese secundäre Demenz stellt gewissermaassen das Bindeglied zwischen den beiden Hauptgruppen der Psychose, den Psychosen ohne Intelligenzdefect und den Defectpsychosen dar. Die weitere Classification der Psychosen ohne Defect wird von der Thatsache auszngehen hahen, dass jede Psychose entweder während ihres Verlaufs nur einen psychopathischen Zustand durchläuft oder eine Folge mehrerer psychopathischer Zustände darstellt. Wir unterscheiden daher unter den Psychosen ohne Defect einfache und zusammengesetzte Psychosen. Einfache Psychosen sind solche, welche im Wesentlichen nur einen psychopathischen Zustand durchlaufen; von etwaigen kürzeren

Vor- und Nachstadien wird dabei abgesehen*). Zusammengesetzte Psychosen sind solche, welche hintereinander verschiedene psychopathische Zustände durchlaufen. Die zusammengesetzten Psychosen sind erheblich seltener und praktisch von geringerer Wichtigkeit. Wir werden uns daher nur ganz kurz mit denselben beschäftigen. Auch werden manche derselben im Anschluss an einzelne einfache Psychosen anhangsweise Erwähnung finden. Die einfachen Psychosen zeigen wesentliche Unterschiede, je nachdem die ersten Krankheitserscheinungen auf dem Gebiete der Affecte oder in dem Inhalt der Empfindungen und Vorstellungen sich geltend machen. Als affective Psychosen bezeichnet man diejenigen einfachen Psychosen, deren Primärsymptome Affectstörungen sind, als intellectuelle Psychosen diejenigen einfachen Psychosen, deren Primärsymptome inhaltliche Störungen des Empfindens (Sinnestäuschungen) oder des Vorstellens (Wahnvorstellungen, Zwangsvorstellungen) sind. Formale Störungen des Vorstellungsablaufs (also Störungen der Geschwindigkeit und des Zusammenhangs der Ideenassociation) kommen als isolirte Anfangssymptome einer Psychose nur selten vor, sie begleiten vielmehr in der Regel entweder die Affectstörungen oder die Empfindungs- und Vorstellungsstörungen der einfachen Psychosen oder folgen den ersteren oder letzteren nach. Speciell beobachtet man ungemein selten isolirte Ideenflucht oder isolirte Incohärenz als Anfangs- und Hauptsymptom einer Psychose, etwas häufiger tritt Hemmung des Vorstellungsablaufs als einziges, erstes und dominirendes Symptom einer bestimmten Psychose auf; man bezeichnet die letztere als Stupidität und rechnet sie zu den intellectuellen Psychosen und fasst alle anderen intellectuellen Psychosen unter dem Begriff der Paranoia und des Irreseins aus Zwangsvorstellungen zusammen. Die Paranoia tritt in zwei Hauptformen auf, nämlich als Paranoia simplex und als Paranoia hallucinatoria. Bei ersterer sind Wahnvorstellungen, bei letzterer Sinnestäuschungen das Hauptsymptom. Treten Störungen des Vorstellungsablaufs zu den inhaltlichen Störungen hinzu, so kommt es zu drei weiteren Formen der Paranoia, welche wir als ideenflüchtige Form, stuporöse Form und incohärente Form bezeichnen, je nachdem Ideenflucht, Denkhemmung oder Incohärenz als zweites Hauptsymptom in das Krankheitsbild eintreten.

Die weitere Eintheilung der Defectpsychosen geht davon aus, dass der Intelligenzdefect bald angeboren bald erworben ist. In ersterem Fall spricht man von angeborenem, in letzterem von erworbenem Schwachsinn. Der angeborene Schwachsinn wird je nach seinem Grade als Idiotie, Imbecillität und Debilität bezeichnet. Der erworbene Schwachsinn wird auch als Demenz bezeichnet. Die wichtigsten Formen der Demenz

*) Ebenso auch von dem bereits erwähnten Ausgang in secundäre Demenz.

sind die Dementia senilis und die Dementia paralytica. Auch die sog. D. epileptica und alcoholica sowie die mehrfach erwähnte Dementia secundaria werden hier unterzubringen sein.

Es ergiebt sich somit auf Grund des oben aufgestellten klinischen Eintheilungsprincips folgende Classification der Geisteskrankheiten.

I. Psychosen ohne Intelligenzdefect.

A. Einfache Psychosen: ein einziges Hauptstadium.
  1. Affective Psychosen: primäre Hauptsymptome auf affectivem Gebiet:
    a) Manie;
    b) Melancholie;
    c) Neurasthenie.
  2. Intellectuelle Psychosen: primäre Hauptsymptome auf intellectuellem Gebiet:
    a) Stupidität;
    b) Paranoia;
      α. Paranoia simplex;
      β. Paranoia hallucinatoria;
      γ. Ideenflüchtige Form;
      δ. Stuporöse Form;
      ε. Incohärente Form;
    c) Irresein aus Zwangsvorstellungen.
B. Zusammengesetzte Psychosen: mehrere Hauptstadien.

II. Defectpsychosen.

A. Angeborener Schwachsinn:
  a. Idiotie;
  b. Imbecillität;
  c. Debilität.
B. Erworbener Schwachsinn s. Dementia:
  a. Dementia paralytica;
  b. Dementia senilis;
  c. Dementia secundaria nach functionellen Psychosen;
  d. Dementia secundaria bei Heerderkrankungen (Syphilis cerebri u. s. w.);
  e. Dementia epileptica;
  f. Dementia alcoholica.

Im Einzelnen wird ausführlich zu erörtern sein, dass die soeben aufgezählten Psychosen nur die typischen Formen darstellen, dass aber zwischen diesen typischen Formen zahlreiche Uebergangsformen vorkommen. Bei dem angeborenen Schwachsinn kommt nicht selten eine

Manie oder Melancholie oder Paranoia zum Ausbruch, mit anderen Worten zu der angeborenen Defectpsychose kommt eine der unter I, A angeführten Psychosen hinzu. Ganz besonders aber finden sich innerhalb der Gruppe I, A zwischen den einzelnen Psychosen zahlreiche Uebergangsformen. Die wichtigsten derselben werden kurz im Anschluss an die einzelnen Psychosen erwähnt werden. Endlich giebt es einige seltenere Psychosen, welche nicht einfach als Uebergangsformen aufzufassen sind, sondern eine besondere Stellung im System beanspruchen würden. Eben wegen ihrer Seltenheit sind dieselben in dem obigen Schema weggelassen worden. Zu den Uebergangsformen gehören z. B. auch diejenigen einfachen Psychosen, bei welchen affective und intellectuelle Störungen gleichzeitig und gleichbedeutsam in das Krankheitsbild eintreten. Diese Uebergangspsychosen zwischen den affectiven und intellectuellen Psychosen bezeichnet man als „gemischte“ Psychosen. Die in der allgemeinen Pathologie beschriebene hysterische psychische Degeneration ist z. B. hier einzureihen. Gerade diese gemischten Psychosen kommen vorzugsweise auf Grund ganz bestimmter ätiologischer Momente vor, während das Auftreten der meisten übrigen Psychosen weniger eng an einzelne bestimmte ätiologische Momente gebunden ist. Auch diese gemischten Psychosen werden nur flüchtig berührt werden, zumal in der allgemeinen Aetiologie der häufigeren schon ausführlich gedacht worden ist.

Ausser der in obigem Schema durchgeführten Eintheilung kann man auf Grund andrer Principien noch andere Eintheilungen aufstellen. Unter diesen hat namentlich die ätiologische grosse praktische Bedeutung, weil erstens die Ursachen der Psychosen oft klarer zu Tage treten und leichter festzustellen sind als die primären Hauptsymptome und weil zweitens viele ätiologische Momente den auf ihrem Boden entstehenden Psychosen meist eine ganz bestimmte symptomatische Färbung verleihen; jedem dieser ätiologischen Momente kommt sonach eine bestimmte symptomatische Färbung zu, welche auf Grund anderer ätiologischer Momente viel seltener beobachtet wird. Auch findet man, dass irgend ein ätiologisches Moment keineswegs alle Psychosen gleichmässig häufig hervorbringt, sondern einige bestimmte Psychosen häufiger als andere. Offenbar muss eine genaue Kenntniss dieser ätiologischen Beziehungen die Diagnose sehr erleichtern. Es wird daher am Schluss der Besprechung der einzelnen Psychosen nochmals eine ätiologisch geordnete Uebersicht derselben gegeben werden. Desgleichen wird aus ähnlichen Gründen am Schluss noch eine kurze Uebersicht über die Psychosen vom Standpunkt ihres Gesammtverlaufes aus (ob transitorisch, recidivirend, periodisch, circulär u. s. w.) gegeben werden. Der Hauptbesprechung wird jedoch ausschliesslich das oben gegebene Schema zu Grunde gelegt werden.

I. Psychosen ohne Intelligenzdefect.

A. Einfache Psychosen.

1. Affective Psychosen.

a. Die Manie.

Die Manie ist eine Geistesstörung, welche durch zwei primäre Hauptsymptome ausgezeichnet ist, nämlich durch

1. heitere Verstimmung (Exaltation) und
2. Beschleunigung der Ideenassociation.

Eine Theilerscheinung der letzteren ist die motorische Agitation. Wie alle übrigen Rindenassociationen beschleunigt sind, so ist auch die Association motorischer Rindenerregungen beschleunigt. So entsteht der krankhafte Bewegungsdrang des Maniakalischen. Da dies Symptom dem Beobachter sich meist am augenfälligsten darstellt, hat man es häufig als drittes Hauptsymptom der Manie aufgeführt. — Ueber das gegenseitige Verhältniss der heiteren Verstimmung und der Beschleunigung des Vorstellungsablaufs bestehen sehr verschiedene Ansichten. Bald hat man die letztere als das einzige primäre Symptom bezeichnet und die heitere Verstimmung aus dem Gefühl der Erleichterung des Vorstellungsablaufs erklären wollen, bald hat man die heitere Verstimmung als das primäre Symptom bezeichnet und die Beschleunigung des Vorstellungsablaufes als eine Folgeerscheinung derselben gedeutet. Die klinische Beobachtung spricht entschieden dafür, dass beide Symptome primär und untereinander coordinirt sind. Worauf diese Coordination beruht, vermag die physiologische Psychologie noch nicht mit Sicherheit anzugeben.

Specielle Symptomatologie.

Affecte. Die heitere Verstimmung ist, wie die allgemeine Psychopathologie lehrt, das krankhafte Ueberwiegen positiver Gefühlstöne. Sie betrifft in gleicher Weise die Gefühlstöne der Empfindungen wie der Vorstellungen. So kommt es, dass der Maniakalische von „göttlichen Zahnschmerzen" spricht, dass die einfachste Landschaft ihm „wunderbar verschönt" erscheint, dass er die entsetzlichste Musik für „herrliche Harmonie" erklärt. Die ästhetischen und ethischen Gefühlstöne seiner Vorstellungen sind ebenso alle nach der positiven Seite verschoben. Der Maniakalische schwärmt für das Gute und Schöne. Er ist Optimist. Die Zukunft erscheint ihm ebenso wie die Gegenwart im hellsten Licht. Keine Enttäuschung vermag seinen Humor dauernd zu stören. Ganz besonders ausgesprochen ist stets die krankhafte positive Gefühlsbetonung

der Empfindungen und Vorstellungen des eigenen Ichs. Der Maniakalische fühlt sich gesund und leistungsfähig wie nie zuvor. Viele Kranke bezeichnen sich geradezu als „verjüngt“ oder „neugeboren“. Die eigene Bedeutung wird erheblich überschätzt. Der Kranke glaubt, die ganze Welt stehe ihm offen. Die Gefühle gegenüber den Personen der Umgebung sind verschieden. Zunächst bedingt die heitere Verstimmung auch hier positive Gefühlstöne. „Seid umschlungen, Millionen!“ war das Losungswort eines Maniakalischen. Andrerseits bringt es die dominirende Ueberschätzung der eigenen Persönlichkeit mit sich, dass der Kranke jeden Widerspruch und jeden Widerstand seiner Umgebung doppelt unangenehm empfindet und daher oft in maasslosen, wenn auch meist rasch wieder verrauchenden Zorn geräth. So kommt es, dass die heitere Verstimmung des Maniakalischen sich so sehr häufig mit Zornmüthigkeit oder Reizbarkeit verknüpft.

Gelegentlich kann der Maniakolische sogar weinerlich sein. Die Wirklichkeit klärt ihn gelegentlich über die Hülflosigkeit und Bedeutungslosigkeit seines überschätzten Ichs auf. Auf der Höhe der Exaltation antwortet der Kranke hierauf mit Zornausbrüchen; ist aber die Exaltation noch nicht oder nicht mehr auf der Höhe, so ist der Kranke empfindlich und weinerlich. Häufig findet sich auch eine aus Reizbarkeit und Weinerlichkeit gemischte Stimmung. Diese scheinbar dem Grundaffect der Manie widersprechenden Stimmungen sind, wie leicht erklärlich, im Beginn und am Schluss der Manie sowie während gelegentlicher Remissionen und endlich auch bei den leichteren Formen am häufigsten.

Das seltene Vorkommen depressiver Phasen und Angstanfälle wird bei der Darstellung des Verlaufes der Manie erwähnt werden.

Empfindungen. Auf dem Gebiet der Empfindungen zeigen viele Maniakalische keine Störung. Die Reizschwelle ist nicht merklich herabgesetzt. Inhaltliche Störungen der Empfindung fehlen in vielen Fällen vollständig. Nur in etwa einem Fünftel der Fälle treten Hallucinationen auf. Meist handelt es sich um Visionen. In der Regel sind dieselben durch Mannichfaltigkeit und Beweglichkeit ausgezeichnet. Thiere, Landschaften, Fratzen werden am häufigsten gesehen. Der Inhalt der letzteren entspricht nicht stets der krankhaften Heiterkeit des Patienten. Vereinzelt finden sich auch Geschmacks-, und Berührungshallucinationen. Häufiger als Hallucinationen sind Illusionen. Auch unter diesen herrschen Gesichtstäuschungen vor.

Eine Prädisposition für Hallucinationen und Illusionen zeigen Individuen in sehr jugendlichem oder sehr vorgerücktem Alter sowie Alkoholisten. Endlich begünstigen chronische Paukenhöhlencatarrhe speciell das Auftreten von Gehörstäuschungen bei der Manie.

Diejenige Form der Manie, bei welcher es zu massenhafteren Sinnestäuschungen kommt, wird auch als Mania hallucinatoria bezeichnet.

Die Vorstellungen des Maniakalischen zeigen in formaler Beziehung den beschleunigten Ablauf, welcher oben als ein Hauptsymptom der Krankheit angeführt wurde. Diese Beschleunigung der Ideenassociation kommt in den verschiedensten Graden vor. Bald beschränkt sie sich auf ein leichtes „ideenflüchtiges Geplauder", bald steigert sie sich zu ausgesprochener „Ideenflucht". Am einfachsten denkt man sich die Beschleunigung der Ideenassociation dadurch entstanden, dass die Erweckbarkeit der latenten Erinnerungsbilder in pathologischer Weise gesteigert ist. Sprachlich äussert sich die Ideenflucht in der sog. Logorrhoe. Wie fast stets bei Beschleunigung der Ideenassociation, gewinnen auch bei dem Maniakalischen Aehnlichkeitsassociationen mehr Bedeutung als bei dem Gesunden. In den leichteren Graden der Krankheit verräth sich dies nur in einer Neigung zu Wortspielen, Wortwitzen und dialectischem Wortklauben, in den schwereren Graden kommt es zu Alliterationen und Reimen. Der Zusammenhang der Ideenassociation bleibt in den leichteren Graden der Ideenflucht noch gewahrt. Die Kranken schweifen oft ab, flechten Parenthesen ein, überspringen gelegentlich Zwischenglieder, aber sie finden den Faden doch noch wieder und machen sich verständlich. In den schwereren Fällen kommt es zu secundärer Incohärenz. Die äusserlichen Associationen nach der Aehnlichkeit des Wortklangs überwiegen vollständig. Die Kranken kommen vom Hundertsten in das Tausendste und verlieren fortwährend den Faden. Schliesslich geht der Satzzusammenhang verloren und in den schwersten Fällen reihen die Kranken ganz beliebige Worte ohne irgend welchen inneren Zusammenhang und ohne Satzconstruction in fliegender Hast aneinander. Es kommt also zu ausgeprägter secundärer, d. h. durch Ideenflucht bedingter Verbigeration. Diese Verbigeration ist je nach dem Bildungsgrad resp. Wortschatz des Kranken bald ziemlich monoton bald sehr wechselnd. Substantiva und Adjectiva herrschen in der Regel vor.

Die Beschleunigung der Ideenassociation führt noch zwei Corollarsymptome mit sich, nämlich erstens den gesteigerten Bewegungsdrang und zweitens die Steigerung der Aufmerksamkeit. Von ersterem wird bei den Handlungen der Maniakalischen die Rede sein. Die letztere, die Steigerung der Aufmerksamkeit (Hyperprosexie), betrifft den Associationsvorgang, durch welchen an eine Empfindung die erste Vorstellung angereiht wird. Bei dem Maniakalischen ist auch dieser Associationsvorgang beschleunigt. In Folge der abnormen Erweckbarkeit aller latenten Erinnerungsbilder lösen auch Empfindungen, welche bei dem Gesunden viel zu schwach wären, eine Vorstellung anzuregen und somit

die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, Vorstellungen aus und erregen die Aufmerksamkeit. So kommt es, dass der Maniakalische jede kleine Veränderung in der Toilette seiner Umgebnng bemerkt, jedes Geräusch auffängt n. s. f., nnd an die schwächsten Sinneseindrücke Bemerkungen, namentlich Witze und Reminiscenzen anknüpft. Dass diese Steigerung des Aufmerkens zugleich eine Concentration der Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand im höchsten Maase erschwert, liegt auf der Hand. In jenen schweren Fällen, in welchen die Beschleunigung der Rindenassociationen zu secundärer Incohärenz führt, kommt es nicht selten auch zu secundärer Unorientirtheit: die Kranken wissen weder Datum noch Aufenthaltsort anzugeben.

Inhaltlich sind die Vorstellungen des Maniakalischen oft ganz intact. Zunächst sind die einzelnen Erinnerungsbilder in voller Schärfe nnd Deutlichkeit erhalten. Die Schnelligkeit der Reproduction täuscht geradezu eine Steigerung des Gedächtnisses (Hypermnesie) vor. Ebenso sind die Urtheilsassociationen zunächst völlig normal. Oft ist der Kranke selbst ebenso wie seine Umgebung zunächst erstaunt, wie rasch nnd richtig der Kranke selbst complicirte Begriffe zu Urtheilen verbindet. Dies erleidet freilich mit dem Ansteigen der Krankheit eine wesentliche Einschränkung. Erstens nämlich führt die Ideenflucht, wie oben bereits erwähnt, in ihren höheren Graden zu Incohärenz und macht schliesslich alle Urtheilsassociationen unmöglich, und zweitens führt die Affectstörung schliesslich zu einer inhaltlichen Störung der Urtheilsassociationen. In letzterer Beziehung kommt namentlich die krankhafte Lustbetonung der Ich-Empfindungen und Ich-Vorstellungen in Betracht. Diese führt dazu, dass der Kranke mit seinem Ich allerhand Vorstellungen der Ueberschätzung verknüpft. In den leichteren Graden beschränkt sich dies auf einfaches Prahlen mit körperlicher Stärke und Schönheit und geistigen Fähigkeiten. In den schwereren Graden kommt es zu wirklichen Grössenideen. Der Kranke spricht von Reichthümern, die er gar nicht besitzt. Er erzählt von hohen Connexionen, Beziehungen zu allen europäischen Höfen u. dgl. mehr. Andere construiren sich einen adligen Stammbaum und unterschreiben sich mit „von“. Weibliche Kranke fabeln von allerhand vornehmen Verlobungen. In den schwersten Graden behaupten die Kranken direct: ich bin der Kaiser, die Landräthin, die Mutter Gottes, die Braut Christi, ich bin Millionärin n. s. f. Ein 15jähriger maniakalischer Junge vom Lande stellte sich mir als Doctor der Philosophie vor. Dieser Grössenwahn erstreckt sich auch auf Vergangenheit und Zukunft. Die fabelhaftesten Erlebnisse werden berichtet, die grossartigsten Pläne geschmiedet. Dabei sind diese Grössenideen häufig durch grosse Flüchtigkeit ausgezeichnet. Redet man dem Kranken eindringlich zu, er solle keine solche Thorheiten reden und sich besinnen,

so gelingt es in vielen Fällen dem Kranken das Geständniss zu entlocken, dass alles „nur Scherz“ oder „nur Komödie“ sei. Dies latente Krankheitsbewusstsein beweist am besten, dass die Grössenidee affectiven Ursprungs und nicht primär ist. Mitunter gehen die Kranken nachträglich in der Reconvalescenz selbst ganz richtig an, dass ihre „übermüthige Laune oder ihre Unruhe sie auf solche Gedanken gebracht habe“.

Dieser Grössenwahn theilt sich zuweilen auch der Auffassung der Umgebung mit. So behauptete eine Kranke, dass die vom Fenster ihres Zimmers sichtbaren Hügel die Berge der Riviera seien. Andere vermuthen in ihren Mitkranken verkleidete hohe Persönlichkeiten. Die ganze Aufnahme in die Anstalt ist ihnen ein Karnevalsscherz, in der Anstalt soll ihre Vermählung mit einem hohen Herrn gefeiert werden. Auch hier lachen die Kranken, wenn man scharf in sie eindringt, über „solchen Unsinn“. Selten fehlt das Krankheitsbewusstsein für diese illusionären Auslegungen der Manie vollständig.

Andere Wahnideen als die soeben angeführten Grössenideen sind bei der Manie sehr selten. In den vorübergehenden später zu erwähnenden Angstanfällen kommen Angstvorstellungen entsprechenden Inhalts (der Versündigung, der Verfolgung, zuweilen auch hypochondrische Wahnvorstellungen) ab und zu vor. Vorübergehend können auch Hallucinationen Verfolgungsideen hervorrufen. Die weinerliche Reizbarkeit des Reconvalescenzstadiums führt häufig zu einem unbestimmten Wahn der Zurücksetzung. Der Kranke äussert: „mit mir meinen es natürlich alle schlecht, ich bin immer das Aschenbrödel“ u. s. f.

Die Handlungen des Maniakalischen sind entsprechend der pathologischen Gefühlsreaction und der Beschleunigung der Associationsvorgänge gestört. Am bedeutsamsten ist die letztere, indem sie direct zu dem bereits eingangs erwähnten Bewegungsdrang, der motorischen Agitation Anlass giebt. Dieser Bewegungsdrang äussert sich zunächst in einer unermüdlichen Logorrhoe. Die Kranken sprechen fast ununterbrochen und mit erstaunlicher Zungenfertigkeit. Oft lassen sie sich kaum Zeit Interpunctionen einzuhalten. Keinen anderen lassen sie zu Wort kommen. Fortwährend fallen sie in die Rede. Kein Geheimniss behalten sie für sich. Sie gelten daher bald für tactlos und indiscret. Meist kommt hinzu, dass die Kranken mit schreiender Stimme sprechen. Oft zeigt sich auch eine Neigung zu declamirender Betonung. Der Vorliebe für Reime wurde bereits gedacht. Viele Kranke lieben gewählte Ausdrücke, andere mischen französische Brocken ein. In den höheren Graden der Krankheit singen die Kranken stundenlang, in den höchsten kommt es zu unarticulirtem Brüllen. Ebenso ist auch der Gesichtsausdruck und die Gesticulation verändert. Die Augen sind entsprechend der Stimmungsveränderung eher weit geöffnet, das ganze Gesicht

lacht*). Das Mienenspiel fällt durch grosse Lebhaftigkeit auf. Die Gesticulation ist gesteigert. Eine auffällige Eitelkeit macht sich geltend. Der Kranke liebt auffällige Kleidung. Weibliche Kranke werden kokett, stecken sich Blumen ins Haar, schmücken sich mit auffällig bunten Bändern, wechseln fortwährend die Frisuren, decolletiren sich in indecenter Weise. Der Kranke möchte „die ganze Welt umarmen". Er sitzt selten still. Eine fortwährende Unruhe treibt ihn umher. Oft hat der Gang etwas Tänzelndes. Er betastet alle Gegenstände**), redet fremde Personen wie alte Bekannte an, schlägt Vorgesetzten gegenüber einen cordialen Ton an. Eine unermüdliche Geschäftigkeit treibt ihn Tag und Nacht umher. Seine Unternehmungslust verleitet ihn zu gewagten geschäftlichen Speculationen. Hindernisse existiren für ihn nicht. Er schreibt zahllose Briefe, setzt Annoncen in die Zeitung und verfasst Gedichte. Alle sinnlichen Begierden sind durch die heitere Verstimmung gesteigert und setzen sich in Folge des gehobenen Selbstgefühls und der Beschleunigung der motorischen Reactionen sofort in entsprechende Handlungen um. Der Kranke lebt daher weit über seine Verhältnisse hinaus. Er macht kostspielige Reisen. Besonders häufig sind Alkoholexcesse, die ihrerseits oft zur Steigerung der Krankheit beitragen. Am bedeutsamsten sind die krankhaften Handlungen auf sexuellem Gebiet. Der Kranke reisst, seiner sonstigen Gewohnheit ganz zuwider, Zoten. Unüberlegte Verlobungen kommen zu Stande. Gröbere sexuelle Excesse, bald auf normalem Wege, bald durch Masturbation, bleiben nicht aus.

Mit seiner Umgebung geräth der Kranke fortwährend in Conflicte. Sein Renommiren fordert den Widerspruch der Umgebung geradezu heraus, und sein gehobenes Selbstgefühl verträgt keinen Widerspruch. Hier kommt namentlich die Zornmüthigkeit des Kranken zur Geltung. Er wird bei Discussionen leicht handgreiflich. Mitunter führt der Jähzorn zu schweren Körperverletzungen. Namentlich der Biertisch ist dem Kranken in dieser Beziehung gefährlich: hier kommt es zu Injurien (z. B. auch Majestätsbeleidigungen) und Schlägereien. Da der Kranke Autoritäten — wiederum in Folge seines gehobenen Selbstgefühls — nicht anerkennt, so ist „Widerstand gegen die Staatsgewalt" ungemein häufig.

In den seither betrachteten Fällen waren die Handlungen des Kranken noch immer von zusammenhängenden Vorstellungen (Motiven) beherrscht. In den schwereren Fällen werden die motorischen Reactionen mehr und mehr vom Spiel der Motive unabhängig. Zu letzterem bleibt bei der Flucht der Associationen eben gar keine Zeit. Die Hemmungen,

*) Vgl. die physiognomische Tafel Fig. 1.

**) Auch Diebstähle kommen zuweilen vor: der Kranke glaubt alles sein eigen, bei der Geschwindigkeit seiner Associationen wird er geradezu von seinen eigenen Handlungen überrascht.

über welche der Gesunde verfügt, kommen nicht mehr zur Geltung. Die Kranken putzen sich in der phantastischsten Weise auf. Häufig kommt es — namentlich auch bei weiblichen Kranken — zu schamlosem Enthlössen. In fortwährendem Nesteln, Urinsalben und Kothschmieren äussert sich der motorische Drang auf sexuellem Gebiet, wenn anderweitige Entladungen unmöglich sind. Fehlt Ueberwachung, so kommen brutale sexuelle Vergewaltigungen vor. Mädchen aus guter Familie ergehen sich der Prostitution oder einem wildfremden Mann. Der motorische Drang und der pathologische Zorn des Kranken richtet sich auch gegen Sachen. Er zerreisst seine Kleider, zerstört Mobiliar, poltert gegen Thür und Wände unter unarticulirtem Schreien. Kurz, es entwickelt sich das Bild einer ausgesprochenen Tobsucht. In den schwersten Fällen können die motorischen Acte scheinbar ganz regellos werden. Es kommt zu den rücksichtslosesten Jactationen, mitunter auch zu Zähneknirschen. Der Unerfahrene kann geradezu den Eindruck gewinnen, dass es sich um Convulsionen handle. Der Kranke lässt Koth und Urin unter sich, weil zahllose anderweitige motorische Entladungen ihm keine Zeit lassen, den Nachtstuhl aufzusuchen. Die Nahrungsaufnahme, die schon in den leichteren Fällen dadurch gestört ist, dass die Kranken durch jeden Sinnesreiz von dem Essen abgelenkt werden, hört jetzt fast ganz auf: das Essen wird umher geworfen, an die Wände geschmiert, dem Krankenpfleger ins Gesicht geschüttet u. dgl. m.

Sehr bemerkenswerth — namentlich in den leichteren Fällen — ist auch die Art und Weise, wie der Kranke Vorhaltungen wegen seiner krankhaften Handlungen begegnet: meist sucht er nämlich — zuweilen mit grosser dialectischer Gewandtheit — nachträglich seine krankhaften Handlungen zu motiviren, zu entschuldigen und zu beschönigen*). Seltener haben die Kranken genug Einsicht, den wirklichen Ursprung ihrer krankhaften Handlungen (aus der Affectveränderung und Associationsbeschleunigung) selbst zu erkennen. Man bezeichnet die Neigung der Maniakalischen zu derartigen dialectischen Rechtfertigungsversuchen als den räsonnirenden Charakter der Manie und hat diejenigen Fälle von Manie, bei welchen dieser räsonnirende Charakter besonders ausgesprochen ist, als Manie raisonnante bezeichnet.

Somatische Symptome s. str. Lähmungen und Anästhesien fehlen vollständig. Die Schmerzempfindlichkeit ist oft herabgesetzt. Häufig, namentlich bei jugendlichen Kranken, finden sich ausgeprägte Druckpunkte, namentlich im Rumpfgebiet. Spontane Schmerzen und Parästhesien sind selten; nur über Kopfschmerzen wird öfter, namentlich

*) So entschuldigte sich z. B. eine Kranke, welche ihr gesammtes Essgeschirr zerschlagen hatte, lachend damit, dass „heute doch der Polterabend der Prinzessin, welche sich demnächst verheirathe, gefeiert werde“.

im Beginn und gegen Schluss der Krankheit geklagt. Die dynamometrische Messung des Händedrucks ergieht keine die Norm übersteigenden Werthe. Lässt man den Druck auf das Dynamometer in Zwischenräumen von einer halben Minute wiederholen, so tritt in manchen Fällen auffallend viel später als sonst Ermüdung ein.

Auch die eigenartigen Empfindungen der Ermüdung fehlen dem Maniakalischen häufig vollständig. Damit hängt zusammen, dass Schlaflosigkeit eines der constantesten Symptome fast jeder Manie ist.

Die Hautreflexe sind zuweilen, namentlich bei jugendlichen Fällen, gesteigert. Die Sehnenphänomene sowie die idiomsculäre Erregbarkeit sind meist stark gesteigert; ab und zu ist für die Daner der Krankheit Fussclonus nachzuweisen. Die Pupillen sind mitunter etwas erweitert, die Reactionen prompt, aber zuweilen etwas wenig ausgiebig.

Die Körpertemperatur ist normal, zuweilen sogar subnormal. Nur in den schwersten Fällen, in welchen die Ideenflucht sich zu incohärenten Verhigerationen steigert und die motorische Agitation zu ganz regellosen Jactationen führt, werden Temperatursteigerungen (zuweilen bis 39,5°) ohne complicirende somatische Erkrankung beobachtet. Die peripheren Arterien sind häufig stark contrahirt, gelegentlich weicht der Gefässspasmus auch ausgesprochenen Vasoparesen. Dementsprechend ist das sphygmographische Bild ein sehr wechselndes. Auch die Hauttemperatur ist grossen Schwankungen unterworfen. Die Pulsfreqnenz ist häufig niedriger als normal.

Die Schweisssecretion erscheint in Anbetracht der starken Muskelthätigkeit meist auffallend geringfügig, die Speichelsecretion oft zu ausgesprochener Salivation gesteigert.

Gastrische Störungen sind im Beginn der Manie fast stets zu finden. Im weiteren Verlauf bessern sich dieselben zuweilen in auffälliger Weise. Hartnäckige Obstipation kommt ab und zu vor. An die Stelle der anfänglichen Anorexie kann später Bulimie treten. — Der Stoffwechsel der Manie ist noch nicht gründlich untersucht worden. Wenn schwere Incohärenz und Jactationen sich einstellen, also in den deliranten Zuständen der schwersten Fälle ist oft Albuminurie hezw. Propeptonurie zu constatiren. Auch hyaline Cylinder finden sich öfter auf der Höhe der Erregung. Das Körpergewicht nimmt in der Regel mit zunehmender Erkrankung stetig ab. Sobald die Beruhigung beginnt, häufig schon etwas vorher, nimmt das Körpergewicht rasch zu. Nicht selten findet man übrigens auch eine vorübergehende Körpergewichtszunahme im Beginn der Erkrankung, nachdem die Anorexie des depressiven Vorstadiums gewichen ist.

Verlauf. Der Verlauf der Manie lässt gewöhnlich 3 Stadien erkennen: ein depressives Vorstadium, das exaltirte Hanptstadium und ein depressives Nachstadium.

In dem **Vorstadium** ist die Stimmung gedrückt. Das Selbstvertrauen schwindet mehr und mehr. Hypochondrische Besorgnisse quälen den Kranken. Gelegentlich treten auch leichte Beängstigungen mit Neigung zu Selbstanklagen und Lebensüberdruss auf. Die Associationsvorgänge zeigen eine leichte Hemmung. Die geistige Leistungsfähigkeit scheint herabgesetzt. Die Kranken arbeiten langsam und ohne Lust; zuweilen hüten sie das Bett. In ihren Entschlüssen zeigt sich eine auffällige Zaghaftigkeit. Dazu kommen gastrische Beschwerden, Kopfdruck und allgemeines Mattigkeitsgefühl. Das wichtige Symptom der Schlaflosigkeit zeigt sich meist schon jetzt. — Selten fehlt dies depressive Vorstadium ganz. Seine Dauer beträgt durchschnittlich 4—8 Wochen.

Das **Hauptstadium** der Krankheit entwickelt sich aus dem initialen Depressionsstadium meist allmählich binnen einiger Tage oder Wochen. Die heitere Verstimmung, die Beschleunigung des Vorstellungsablaufs und der Bewegungsdrang verdrängen mehr und mehr, zuweilen unter einigem Hin- und Herschwanken die Depression, die Denkhemmung und die motorische Trägheit. Der weitere Krankheitsanstieg erfolgt mit sehr verschiedener Geschwindigkeit und bis zu sehr verschiedener Höhe. Bei den leichteren Formen, der sog. maniakalischen Exaltation oder **Hypomanie** (Mania levis) bleibt es bei einer mässigen Ausgelassenheit, deren pathologischer Charakter oft nur dadurch festzustellen ist, dass man von den Angehörigen in Erfahrung bringt, dass die jetzige Stimmungslage des Kranken seiner frühern Stimmungslage und seinem Temperament in gesunden Zeiten gar nicht entspricht. Die Beschleunigung des Vorstellungsablaufs äussert sich nur in einer unermüdlichen Redseligkeit und fortwährenden Abschweifungen. Die Kranken schreiben viel, machen unnütze Einkäufe, begehen Trinkexcesse, werden putz- und vergnügungssüchtig, renommiren, kokettiren, fangen leicht Händel an; auch Excesse in Venere et Nicotiana sind häufig. Bei der **Mania gravis**, der schwereren Form, erfahren alle Symptome die oben in der speciellen Symptomatologie ausführlich erörterte Steigerung. Es tritt wirkliche Ideenflucht ein, die motorische Agitation wird dem Einfluss hemmender Vorstellungen ganz entrückt und steigert sich zu ausgeprägter Tobsucht. In den schwersten Fällen endlich, welche man früher dem veralteten Delirium acutum subsumirte, steigert sich die Ideenflucht bis zu secundärer Incohärenz (Verbigeration und secundäre Unorientirtheit), und die motorischen Entladungen werden so jäh und regellos, dass ein Einfluss des Vorstellungslebens auf dieselben überhaupt nicht mehr nachweisbar ist. Meist stellt sich in diesen schwersten Fällen auch Fieber ein.

Das Hauptstadium der Krankheit klingt, falls der Tod nicht eintritt, meist ganz allmählich aus. Das erste Zeichen der bevorstehenden Genesung ist in vielen Fällen die Besserung des Schlafes. Sehr häufig ist

der Krankheitsverlauf auf der Höhe der Krankheit ein remittirender. Auch wenn die Krankheitshöhe bereits überschritten ist, sind Reexacerbationen sehr häufig. Beim weiblichen Geschlecht knüpfen dieselben gern an die Menstruation an. Zur Zeit der letzteren pflegt überhaupt in vielen Fällen die Krankheit sich am intensivsten zu äussern. Die Handlungen der Kranken während des Abklingens der Erregung haben oft etwas auffällig Albernes und Kindisches, so dass geradezu der Uebergang in Schwachsinn vorgetäuscht wird.

Mit dem Abklingen der Erregung erfolgt in den günstigen Fällen der Eintritt in ein depressives Nachstadium. Dasselbe ist gegen das Erregungsstadium niemals scharf abgesetzt. Selten fehlt es ganz. Die Kranken sind in diesem Nachstadium launenhaft, reizbar und empfindlich. Die Steigerung ihres Selbstgefühls wirkt aus dem Erregungsstadium oft noch nach: aber die Kranken bemerken jetzt den Contrast, welchen die Wirklichkeit zu ihren „hochfliegenden Träumen" bildet. Demgemäss sind sie weinerlich. Hier tritt auch häufig der oben erwähnte Zurücksetzungswahn auf, wenn einer der noch immer zahlreichen Wünsche dem Kranken abgeschlagen wird. Später macht das gehobene Selbstgefühl oft einem Mangel an Selbstvertrauen Platz. In anderen Fällen kommt es zu leichten Beängstigungen. Mitunter besteht auch eine leichte reactive Denkhemmung. Die verkehrten Handlungen auf der Höhe der Erregungen geben öfters Stoff zu allerhand Selbstanklagen.

In seltenen Fällen steigern sich die Symptome dieses depressiven Nachstadiums so sehr, dass letzteres als eine neue Psychose imponirt. Diese neue reactive Psychose bietet dann entweder das Bild der Melancholie oder das Bild der Stupidität. Im Allgemeinen hat man, wenn eine Melancholie auf eine Manie folgt, zu fürchten, dass es sich nicht um eine einfache Manie handelt, sondern um die maniakalische Theilphase eines circulären Irreseins (s. u.), dass mithin eine neue maniakalische Erkrankung auf die Melancholie folgt. Die Fälle, in welchen die Melancholie lediglich eine Weiterentwickelung des depressiven Nachstadiums darstellt, sind selten.

Die durchschnittliche Dauer der Manie beträgt etwa 5 Monate. Doch sind Fälle bekannt, welche über ein Jahr dauern.

Ausgänge und Prognose. Folgende Ausgänge der Manie kommen vor:

1. in Heilung. Solche wird in etwa 90% der Fälle beobachtet.

2. in Tod. Derselbe tritt in ungefähr 5% der Fälle ein und zwar bald durch intercurrente Krankheiten, bald in Folge der Grundkrankheit, auf deren Boden auch die Manie selbst sich entwickelte (Nephritis u. dgl.), bald in Folge von Herzschwäche. Die schwersten Fälle der Mania gravis mit Unorientirtheit, Incohärenz, Verbigeration, Jactationen und Fieber

sind zugleich auch die lebensgefährlichsten. Complication mit Alkoholismus oder Herzkrankheiten erhöht die Lebensgefahr stets ganz wesentlich.

3. in secundäre Demenz. In etwa 10% der Fälle stellt sich ein dauernder Defect der Intelligenz ein. Bald ist dieser Defect so unerheblich, dass man von einer „Heilung mit Defect" sprechen kann. Derselbe verräth sich dann meist nur in einer Abnahme der geistigen Interessen und Einengung des geistigen Horizonts, in einer leichten Einbusse der höheren ethischen und ästhetischen Gefühle und in einem Mangel an Energie und Selbstständigkeit. Mit der Annahme eines solchen Defects muss man übrigens sehr vorsichtig sein, da, wie erwähnt, im Verlauf der Reconvalescenz manche Maniakalische, die später in volle Genesung übergehen, ein eigenthümlich schwachsinniges Gebahren zeigen; namentlich ist zu beachten, dass letzteres viele Monate zuweilen anhalten und doch noch Restitutio ad integrum erfolgen kann. In anderen Fällen ist der Intelligenzdefect viel erheblicher: es entwickelt sich eine ausgesprochene secundäre Demenz. Hier haben Gedächtniss und Urtheilskraft eine dauernde erhebliche Einbusse erlitten. Die Kranken behalten dauernd ein kindisches Gebahren. Die ursprüngliche Affectstörung kann völlig verschwinden. Häufig werden aus dem Exaltationsstadium einzelne Grössenideen in die secundäre Demenz mit hinübergenommen. Zu einer Systematisirung derselben kommt es in Folge des Intelligenzdefectes nicht. Es fällt geradezu auf, dass der Kranke aus seinen Grössenideen gar keine Consequenzen zieht. Das Bewusstsein für die Krankhaftigkeit derselben ist völlig erloschen. Gelegentlich treten auch abgerissene Persecutionsideen hinzu. Sehr häufig tauchen jetzt Hallucinationen aller Sinne auf. Die Handlungen der Kranken bleiben oft dauernd von der maniakalischen Agitation beherrscht; in anderen Fällen erlischt der Bewegungsdrang allmählich. Wo die Agitation bestehen bleibt, fällt das Zwecklose und Alberne der agitirten Handlungen auf. — Diese secundäre Demenz hat meist einen langsam fortschreitenden Charakter. Die Heilung mit Defect ist stabiler. Zwischen beiden finden sich zahlreiche Uebergänge.

Welche Fälle von Manie zu diesem ungünstigen Ausgang in secundäre Geistesschwäche prädisponirt sind, ist noch nicht sicher festgestellt. Meist handelt es sich um Individuen, welche schon mehrmals eine Manie durchgemacht haben und nun schliesslich einem schweren Anfall unterliegen.

4. in secundäre Paranoia. Dieser Ausgang ist sehr selten. Die Hallucinationen und Wahnideen, welche sich nach einer ungünstig verlaufenden Manie einstellen, sind, wie unter 3 erwähnt, fast stets Begleitsymptome der secundären Demenz. Das postmanische Auftreten von Hallucinationen und Wahnideen ohne Intelligenzdefect, d. h. also der

Ausgang in secundäre Paranoia, kommt unter 100 Fällen kaum einmal vor.

5. in chronische Manie: hier halten heitere Verstimmung, Ideenflucht und Bewegungsdrang ohne Intelligenzdefect viele Jahre an. Dieser Ausgang ist noch seltener als der unter 4 erwähnte.

Bei dieser Aufzählung sind diejenigen Manien nicht eingerechnet worden, welche die Theilphase eines periodischen Irreseins (periodische Manie) oder eines circulären Irreseins darstellen. Abgesehen nämlich von einer ziemlich ausgesprochenen Neigung zu Recidiven innerhalb grosser unregelmässiger Zwischenräume tritt die Manie auch in einer besonderen periodischen Form auf. Bei dieser periodischen Manie wiederholen sich die maniakalischen Anfälle in ziemlich regelmässigen Zwischenräumen. Folgt jedem dieser periodisch wiederkehrenden maniakalischen Anfälle eine Melancholie, so spricht man von circulärem Irresein. Von letzterem wird später ausführlich die Rede sein. Die periodische Manie (ohne nachfolgende Melancholien) wird bezüglich ihrer klinischen Eigenthümlichkeit bei Darstellung der Varietäten der Manie genauer besprochen werden. Hier sind beide Vorkommnisse schon deshalb zu erwähnen, weil bei Stellung der Prognose die Möglichkeit, dass die in Behandlung stehende Manie zu einer periodischen Manie bezw. zu einem circulären Irresein gehört, selbstverständlich grösste Beachtung verdient. Vgl. auch unter Diagnose.

Varietäten der Manie. Gewöhnlich unterscheidet man auf Grund der verschiedenen Intensität der Krankheitserscheinungen, wie oben bereits erwähnt, eine leichtere Form, die Hypomanie, und die Mania gravis. Zwischen beiden existiren begreiflicher Weise zahllose Uebergänge. Neben diesen beiden Hauptformen hat man auf Grund des besonders auffälligen Hervortretens gewisser Nebensymptome öfter noch einige andere Formen unterschieden. So wurde z. B. schon oben der „räsonnirenden Manie“ gedacht. Aehnlich unterscheidet man öfter auch eine „hallucinatorische Manie“ (Mania hallucinatoria). Bei dieser treten zu den typischen Symptomen der Manie zahlreichere Hallucinationen und Illusionen hinzu. Der Verlauf dieser hallucinatorischen Form ist gewöhnlich etwas langwieriger und die Prognose etwas ungünstiger als diejenige der reinen oder typischen Manie. In der Classification der Psychosen bietet die hallucinatorische Form der Manie deshalb ein besonderes Interesse, weil zwischen ihr und der später zu besprechenden ideenflüchtigen Form der hallucinatorischen Paranoia fliessende Uebergänge vorkommen.

Wichtiger sind die Varietäten der Manie, welche man auf Grund des Verlaufes unterscheidet. Früher sprach man viel von transitorischer oder peracuter Manie. Sorgfältigere Analyse hat ergeben,

dass in diesen nur wenige Stunden dauernden Krankheitsanfällen die charakteristischen Symptome der Manie garnicht vorhanden sind. Die Seltenheit der chronischen, d. h. unverändert bis zum Lebensende währenden Manie wurde oben bereits hervorgehoben. Dabei ist freilich hinzuzufügen, dass die typische Manie zuweilen 1 Jahr und länger dauern und dann in Heilung übergehen kann. Selbstverständlich steht an sich nichts im Wege, solchen Fällen auch das Prädikat „chronisch" beizulegen. Eine ungemein praktische Bedeutung hat endlich diejenige Verlaufsvarietät der Manie, welche man als periodische Manie bezeichnet. Dieselbe ist abgesehen von der charakteristischen periodischregelmässigen Wiederkehr der Anfälle auch bezüglich der Symptome und des Verlaufes des einzelnen Anfalls von der typischen Manie verschieden. Die periodische Manie tritt entweder als periodische Mania gravis oder — noch häufiger — als periodische Hypomanie auf. In seltenen Fällen wechseln schwere und leichte Anfälle. Mitunter zeigen die ersten Anfälle der Krankheit noch keine regelmässig-periodische Wiederkehr, erst nach 3 oder 4 oder noch mehr Anfällen kommt es zu einer strengen Periodicität der Anfälle. Es kann sich somit eine periodische Manie auch auf Grund wiederholter Recidive einer einfachen Manie entwickeln. Die Dauer der einzelnen Anfälle schwankt innerhalb weiter Grenzen, meistens beträgt sie mehrere Wochen oder Monate, in seltenen Fällen nur 1—2 Tage. Das sogenannte freie Intervall zwischen den Anfällen beträgt gleichfalls einige Monate, zuweilen sogar einige Jahre, selten nur einige Tage. Für den Ausbruch des einzelnen Anfalls lassen sich zuweilen besondere Gelegenheitsveranlassungen gar nicht nachweisen; nicht selten knüpft der Ausbruch des einzelnen Anfalls an irgend eine gemüthliche Erregung an. Erheblichere Schädlichkeiten, denen der Kranke ausgesetzt wird, bedingen häufig ein Anteponiren des Anfalls, während eine sehr ruhige Lebensweise, z. B. in der Anstaltsbehandlung, die Intervalle vergrössert und die Anfälle hinausschiebt. In der Regel kehren die Anfälle bis zum Lebensende wieder. Heilung wird höchstens in 15 % der Fälle beobachtet.

Die Symptome des einzelnen Anfalls der periodischen Manie zeigen folgende Eigenthümlichkeiten:

1. Das depressive Initialstadium fehlt sehr häufig; nur bei den ersten Anfällen pflegt es noch deutlich ausgesprochen zu sein.

2. Die maniakalische Erregung steigt sehr rasch zu ihrer vollen Höhe an; meist ist auch der Abfall der Erregung ein jäherer als bei der gewöhnlichen Manie.

3. Das depressive Nachstadium ist kürzer oder kann auch völlig fehlen.

4. Häufig treten einzelne Symptome, die der gewöhnlichen Manie nicht so regelmässig und nicht so ausgesprochen zukommen, mehr in den

Vordergrund. Hierher gehören auf psychischem Gebiet der raisonnirende Charakter des Krankheitsbildes, sowie die Neigung zu impulsiven Handlungen (alkoholistischen und sexuellen Excessen, Diebstählen, Vagabondage, Brandstiftung), auf körperlichem Gebiet schwere vasomotorische Erscheinungen (Wechsel von Gefässlähmung und Gefässkrampf sowie quälende Kopfsensationen).

Das Intervall zwischen den Anfällen der periodischen Manie ist meistens nur Anfangs völlig rein. Haben sich die Anfälle erst öfters wiederholt, so pflegt sich in den Intervallen eine eigenthümliche geistige Schwäche bemerkbar zu machen. Dieselbe betrifft weniger das Gedächtniss und die Urtheilskraft der Kranken als ihre intellectuellen Gefühle. Der Patient büsst seine Interessen für Kunst, Wissenschaft u. dgl. mehr und mehr ein. Er gewöhnt sich eine pedantische regelmässige Lebensweise an und findet in vollem Gegensatz zu seinen Neigungen vor der Erkrankung jetzt eine behagliche Befriedigung in diesem stundenplanmässigen Leben voller Kleinigkeiten. In psychologisch wohl verständlichem Zusammenhange hiermit steht, dass die Energie der Kranken regelmässig leidet. Neigung und Fähigkeit zu selbständiger Thätigkeit verschwinden. Auch die Interessen für die Familienangehörigen u. s. f. erkalten; viele Kranken ziehen sich in den Intervallen völlig von der Welt zurück. Das krankhaft thätige Benehmen und die gesteigerte gemüthliche Reaction in den Anfällen hebt sich vom phlegmatischen Dasein der Kranken ausserhalb der Anfälle natürlich um so schärfer ab.

Aetiologie. Die Manie ist, auch wenn man die periodische Manie einschliesst, eine seltenere Erkrankung. Auf 100 Einlieferungen der Jenenser psychiatrischen Klinik kommen z. B. durchschnittlich nur 3—4 Manien. Bei dem weiblichen Geschlecht ist sie etwas häufiger als bei dem männlichen. Meist erfolgt der Ausbruch im Alter von 12—25 Jahren. Im höheren Alter ist sie selten. Bei Kindern unter 12 Jahren kommt Manie, allerdings gewöhnlich in atypischer Form, relativ nicht selten vor. Auch der erste Anfall der periodischen Manie lässt sich meist bis auf das Alter von 18—25 Jahren zurückführen.

Erbliche Belastung überhaupt findet sich bei etwa 75%, schwere erbliche Belastung bei 20%. Die sogenannten Degenerationszeichen finden sich bei 20% in grösserer Häufung. Bei der periodischen Manie speciell findet sich erbliche Belastung überhaupt bei 80%, schwere erbliche Belastung bei 50%, eine grössere Zahl von Degenerationszeichen bei 40%.

Weitere ätiologische Momente pflegen sich noch für die specielle Zeit des Krankheitsausbruches nachweisen zu lassen. Gemüthserschütterungen und intellectuelle Ueberanstrengung kommen auf psychischem Gebiet, Inanition im weitesten Sinn auf körperlichem Gebiet namentlich

in Betracht. Unter den Gemüthserschütterungen kommt sowohl plötzlicher Schreck wie anhaltender Kummer in Betracht. Der Eintritt in eine neue, ungewohnte Beschäftigung giebt speciell bei Disponirten oft Anlass zum Ausbruch einer Manie. Unter den Inanitionszuständen, welche zur Manie führen, sind besonders die Schwächezustände nach erschöpfenden Krankheiten, Blutverlusten, schweren Entbindungen und protrahirter Lactation zu nennen. Auch Menstruationsstörungen in der Pubertät bedingen zuweilen eine Manie. Diese Manie kann sich weiterhin bei jeder Menstruation wiederholen und so ein periodisches maniakalisches menstruelles Irresein sich entwickeln.

Zuweilen hat man auch behauptet, dass Herzkranke eine gewisse Prädisposition für Manie besitzen. Auf dem Boden der grossen Neurosen entsteht die Manie nur selten (Epilepsie, Hysterie, Chorea).

Die Hirngifte, welche Psychosen erzeugen, spielen speciell in der Aetiologie der Manie keine erhebliche Rolle. Zu erwähnen ist nur die Alkoholmanie. Auch diese ist eine der selteneren Psychosen, welche auf dem Boden des chronischen Alkoholismus auftreten. Meist tritt sie unter dem Bild der Mania gravis auf. Die Ideenflucht steigert sich äusserst rasch zu secundärer Incohärenz, die motorische Agitation erreicht sehr hohe Grade. Tödtlicher Verlauf ist nicht selten. Auf dem Boden des chronischen Morphinismus kommt zuweilen eine über mehrere Monate sich erstreckende Hypomanie vor, deren Symptome im Uebrigen von den gewöhnlichen der Hypomanie kaum abweichen.

Auch nach Kopftraumen und Insolationen sind mitunter Manien beobachtet worden.

Diagnose. Die Diagnose der Manie muss stets die beiden Hauptsymptome der Krankheit: die primäre heitere Verstimmung und die primäre Beschleunigung des Vorstellungsablaufs sowie den mit letzterer in Zusammenhang stehenden primären Bewegungsdrang ins Auge fassen. Nicht jeder Kranke also, der abnorm heiter ist oder schnell denkt und spricht oder sich viel bewegt und gar tobt, leidet an Manie. Vielmehr ist die pathologische Exaltation, die Beschleunigung des Vorstellungsablaufs und die Agitation stets erst genau zu analysiren und speciell bedarf es einer genauen Untersuchung, ob die drei genannten Symptome primär sind, Exaltation, Ideenflucht und motorische Erregung also nicht z. B. secundär auf Grund von Hallucinationen aufgetreten sind. Dieser Nachweis der primären Natur der genannten Symptome ist in doppelter Richtung zu führen: erstens ist nachzuweisen, dass jetzt, d. h. zur Zeit der ärztlichen Untersuchung, dieselben in allgemein-psychopathologischem Sinn primär, d. h. nicht auf andere Symptome zurückzuführen sind, und zweitens ist nachzuweisen, dass auch im seitherigen Verlauf der

Krankheit dieselben die frühesten und hervorstechendsten Symptome gewesen sind, wobei selbstverständlich von Prodromalsymptomen eines etwaigen Vorstadiums der Krankheit abzusehen ist. Hat sonach der erste Augenschein das Vorhandensein der drei Hauptsymptome gelehrt, so wird die Diagnose im Weiteren folgenden Weg einschlagen müssen. Man stellt zuerst durch Befragen des Kranken oder besser der Angehörigen desselben fest, ob — abgesehen von einer etwaigen initialen Depression — die jetzige heitere Verstimmung, die Logorrhoe und der Bewegungsdrang von Anfang an das Krankheitsbild durchgängig beherrscht haben. Dabei wird man in Erwägung ziehen müssen, dass die heitere Verstimmung unter Umständen (nämlich dann, wenn die Umgebung des Kranken seiner pathologischen Exaltation und Geschäftigkeit Widerstand entgegensetzt) für den Laien oft ganz durch die zornmüthige Erregung verdeckt werden kann. Hat man in dieser Weise anamnestisch den Primat der 3 Hauptsymptome festgestellt, so stellt man durch Befragen des Kranken fest, ob die 3 Symptome, wie sie augenblicklich vorliegen, psychopathologisch primär oder auf andere Symptome zurückzuführen sind. Von solchen anderen Symptomen kommen namentlich Wahnideen und Hallucinationen in Betracht. Finden sich solche nicht, so ist der primäre Charakter der drei Hauptsymptome ohne Weiteres gesichert. Finden sich hingegen Grössenideen und Hallucinationen exaltirten Inhalts, so ist weiter zu untersuchen, ob die Grössenideen nur Erklärungsversuche der primären Affectveränderung und die Hallucinationen nur nebensächliche Begleiterscheinungen derselben darstellen oder ob primäre Grössenideen und Hallucinationen Anlass zu secundärer Exaltation gegeben haben. Nur im ersteren Fall liegt eine Manie vor. Bei eindringlichem Fragen giebt oft der Kranke selbst an, dass „nur seine Unruhe und seine gute Laune ihn auf solche Gedanken bringe", und enthüllt uns so den primären Charakter seiner Exaltation. Auch die eindringliche Frage, ob der Kranke sich nur über seine vermeintlichen Standeserhöhungen u. s. w. und seine heiteren Visionen u. dgl. so freue oder im Allgemeinen sich heiterer, gehobener und thatenlustiger als früher fühle, führt oft zum Ziel.

Ist in dieser Weise der primäre Charakter der drei Hauptsymptome festgestellt, so ist auch damit die Diagnose der Manie noch nicht sicher gestellt. Es bedarf vielmehr stets noch einer genauen Untersuchung, ob diese Symptome die einzigen primären Hauptsymptome sind. Namentlich kommt in Betracht, ob nicht auf körperlichem Gebiet Lähmungen, auf psychischem Gebiet ein zunehmender Intelligenzdefect vorliegt. Nur wenn solche Symptome fehlen, liegt Manie vor.

Abgesehen von diesen allgemeinen Gesichtspunkten kommen speciell folgende differentialdiagnostische Punkte in Betracht:

1. Die Manie kann übersehen werden. Diese Gefahr liegt natürlich nur bei der Hypomanie nahe. Bei dieser halten sich die Symptome zuweilen so sehr im Bereich dessen, was wir gelegentlich auch als Charaktereigenthümlichkeit bei gesunden Menschen finden, dass in der That zuweilen fraglich sein kann, ob ein exaltirtes Temperament oder Krankheit vorliegt. Sicherheit verschafft hier nur die Anamnese. Hypomanie liegt dann vor, wenn nachzuweisen ist, dass der augenblicklich vorliegende Complex auffälliger psychischer Erscheinungen nicht von jeher bestanden, sondern gerade im Gegensatz zu dem früheren Charakter des Individuums sich zu einer bestimmten Zeit neu entwickelt hat. Sehr beweisend für Krankheit ist selbstverständlich auch etwaiges periodisches Auftreten des Symptomencomplexes, sowie das etwaige Vorhandensein eines initialen Depressionsstadiums. Endlich ist besonderes Gewicht auf die Schlaflosigkeit der Hypomanie zu legen.

2. Die Manie kann mit folgenden Krankheiten verwechselt werden:

a. Dementia paralytica. Diese bietet in dem sog. „Exaltationsstadium“ eine ganz ähnliche primäre heitere Verstimmung, Beschleunigung des Vorstellungsablaufs und Agitation wie die Manie. Die unterscheidenden Merkmale gegenüber der Manie sind der zunehmende Intelligenzdefect und die somatischen Erscheinungen, welche bei der Dementia paralytica hinzukommen. Bei dem Paralytiker ergiebt die Anamnese, dass dem Ausbruch der Erregung schon längere Zeit Gedächtnissschwäche vorausgegangen ist oder dass auffällige Taktlosigkeiten seitens des Kranken schon begangen wurden, als von irgendwelcher Exaltation noch keine Rede war. Beides enthüllt den beginnenden Intelligenzdefect. Besonders deutlich zeigt sich letzterer auch in den secundären Grössenideen, welche sowohl der Paralytiker wie der Maniacus auf Grund seiner Exaltation entwickelt. Die Grössenideen des Paralytikers sind plump erfunden und maasslos, diejenigen des Maniacus haben meist einen geistreichen Zug und sind selten ganz widersinnig. Einwürfe erwidert der Paralytiker mit einem hülflosen Lachen oder mit dem Hinzufügen neuer ebenso sinnloser Grössenideen, während der Maniacus durch Witze und Dialektik seine Grössenidee zu vertheidigen sucht oder lächelnd ihre Krankhaftigkeit zugiebt. Die Grössenidee des Paralytikers kann man durch entsprechende Suggestion beliebig steigern. Behauptet er eine Million zu besitzen und bemerkt man, das sei doch wenig, so giebt er sofort noch einige Millionen zu, wärend der Maniacus selten in diese Falle geht. In den Handlungen des Paralytikers offenbart sich gleichfalls der Intelligenzdefect: Das Cynische und Witzlose unterscheidet dieselben von denjenigen des Maniakalischen. Häufig liefert auch die körperliche Untersuchung Anhaltspunkte: Facialisparesen,

Pupillenstarre, Fehlen der Kniephänomene, Analgesie, hesitirende Sprache*) kommen hier namentlich als entscheidende Symptome für Dementia paralytica in Betracht. Die Abwesenheit der Symptome ist noch nicht beweisend für Manie, da alle diese somatischen Symptome nicht selten auch im Exaltationsstadium der Dementia paralytica noch nicht zu deutlicher Entwickelung gelangt sind.

Mit Hülfe dieser Unterscheidungszeichen gelingt es in der Regel, die Differentialdiagnose zwischen Manie und Dementia paralytica richtig zu stellen. Nur in den schwereren Fällen tobsüchtiger Erregung versagen sie zuweilen, namentlich wenn zudem aus irgend einem Grunde eine genauere Anamnese nicht zu erlangen ist. Bei solchen Kranken ist eine exacte körperliche Untersuchung oft kaum durchzuführen, und die hochgradige, oft von secundärer Incohärenz begleitete Ideenflucht und motorische Erregung lässt ein Urtheil über die Intelligenz des Kranken nicht zu. Es bleibt dann oft nichts Anderes übrig, als die Diagnose vorläufig in suspenso zu lassen und die Beruhigung des Kranken abzuwarten. Namentlich bei männlichen Kranken im Alter von 30—45 Jahren, bei welchen anamnestisch Syphilis nachzuweisen ist, soll man mit der Diagnose Manie sehr vorsichtig sein. Die Mehrzahl dieser Fälle entpuppt sich im weiteren Verlauf als Paralysen.

h. Paranoia hallucinatoria acuta. Bei dieser entwickelt sich öfters bei entsprechendem Inhalt der Hallucinationen gleichfalls Ideenflucht, Bewegungsdrang und Exaltation, aber der secundäre Charakter dieser 3 Symptome verräth sich darin, dass alle drei sofort nachlassen, wenn die Hallucinationen zurücktreten, während bei der Manie die Intensität der Exaltation, Ideenflucht und Agitation von dem Auftreten der Hallucinationen ganz unabhängig ist. Auf der Höhe der Erregung ist übrigens auch hier die Unterscheidung mitunter sehr schwer. Auch existirt eine ideenflüchtige Form der hallucinatorischen Paranoia, bei welcher zu den Hallucinationen primäre Ideenflucht hinzutritt. Zwischen dieser und der hallucinatorischen Manie existiren ganz fliessende Uebergänge. Im einzelnen Fall wird man das Hauptaugenmerk immer darauf zu richten haben, ob bei Beginn des Leidens zuerst Hallucinationen neben der Ideenflucht oder zuerst affective Störungen im Sinne einer heiteren Verstimmung neben der Ideenflucht auftraten. Nur im letzteren Fall liegt eine Manie vor. Gegenüber der acuten epileptischen hallucinatorischen Paranoia kommt abgesehen davon, dass auch bei dieser Hallucinationen das Krankheitsbild beherrschen, differentialdiagnostisch speciell in Betracht, dass retrospectiv die Erinnerung des Maniakalischen für die Erlebnisse

*) Bei alkoholistischen Maniacis findet sich übrigens nicht selten eine der paralytischen ähnliche alkoholistische Sprachstörung.

während der Krankheit durchweg gut erhalten ist, während der Epileptische stets einen mehr oder weniger grossen Erinnerungsdefect zeigt.

c. Gewisse angehorene psychische Schwächezustände, namentlich die sog. Moral insanity. Diese stellt eine hesondere Form des leichten angeborenen Schwachsinns dar, hei welcher der Intelligenzdefect namentlich die Bildung ethischer Begriffe betrifft. Da hier allerhand Excesse sehr häufig sind, so kommt in der Praxis eine Verwechselung mit den z. Th. ähnlichen Excessen der Hypomanie garnicht selten vor. Die Differentialdiagnose hat zu beachten, dass hei der sog. Moral insanity stets ein Intelligenzdefect vorliegt und dass die Krankheitsäusserungen sich his in die Kindheit zurückverfolgen lassen: beides trifft für die Hypomanie nicht zu.

Besondere diagnostische Schwierigkeiten macht in der Regel noch die Frage, oh eine Manie als einmalige oder als die Theilphase einer periodischen Manie oder eines circulären Irreseins aufzufassen ist. Hier kommeu die folgenden Kriterien in Betracht. Ein maniakalischer Anfall ist wahrscheinlich nicht als einfache Manie, soudern als Phase einer periodischen Manie zu betrachten, wenn

I. das depressive Initialstadium sehr wenig entwickelt ist;

II. der Anstieg und Ahfall der Exaltation ein sehr jäher ist.

Als Theilphase eines circulären Irreseins ist ein maniakalischer Anfall dann wahrscheinlich aufzufassen, wenn im Verlauf desselben zuweilen stunden- oder auch tageweise melancholische Zustände das maniakalische Bild unterhrechen und wenn das initiale Depressionsstadium sehr stark entwickelt gewesen ist. Sicher sind übrigens alle diese Kriterien nicht; meist bringt daher erst der weitere Verlauf die gewünschte Aufklärung.

Therapie. Die erste Frage, welche der Arzt sich vorzulegen hat, wird in der Regel dahin gehen, oh Anstaltsbehandlung erforderlich ist. Bei den schwereren Formen der Manie liegt die Nothwendigkeit der Einlieferung in eine geschlossene Anstalt auf der Hand. Aber auch bei den leichteren Formen, also hei der sog. Hypomanie ist eine Entfernung aus der Familie und Ueberführung in eine Anstalt selten zu umgehen, da die Autorität der Angehörigen des Kranken und die Ueberwachung durch gelegentliche ärztliche Besuche im eigenen Hause des Kranken selten hinreicht, die erwähnten krankhaften Excesse zu verhüten, durch welche der Patient seine sociale Stellung, sein Vermögen u. s. w. gefährdet und durch welche die Krankheitsdauer verlängert wird. In leichteren Fällen hei fügsameren Charakteren genügt zuweilen die Unterhringung in einer offenen Anstalt. In der Mehrzahl der Fälle wird man jedoch auch hier die geschlossene Anstalt vorziehen.

Die eigentliche Behandlung selhst hat folgende Gesichtspunkte zu herücksichtigen.

1. Einschränknng der änsseren Sinnesreize, deren jeder bei dem Maniakalischen nene Vorstellungen und Affecte weckt und so Exaltation, Ideenflncht und Agitation steigert. Sehr zweckmässig ist daher in vielen Fällen absolnte Bettruhe im Einzelzimmer. Briefe und Besnche der Angehörigen sind meist zu verbieten.

2. Beschäftigung, durch welche dem Bewegungsdrang des Kranken eine unschädliche Entladung ermöglicht wird. Man versuche daher den Kranken je nach Stand, Bildnng, Geschlecht und Alter im Bett zu beschäftigen. Znweilen kann es sich auch als vortheilhaft erweisen, die absolute Bettruhe ab und zu stundenweise durch körperliche Thätigkeit ausserhalb des Bettes zn nnterbrechen. Bei gebildeten Kranken regle man den Wechsel von Ruhe nnd Beschäftigung durch einen schriftlichen Stundenplan.

3. Directe Bekämpfung der gesteigerten corticalen Erregung. In den leichteren Fällen sind Medicamente völlig überflüssig. In den schwereren empfiehlt sich die Anwendung von Bromsalzen oder Hyoscin. Erstere sind in einer Tagesdosis von 6—8 g und jedenfalls eine Reihe von Wochen hintereinander regelmässig zu gehen. Das Hyoscin wird snbcutan verahreicht und zwar am zweckmässigsten, bevor die Erregung die Höhe erreicbt hat. Nicht selten gelingt es, durch frühzeitige Einspritzung einer grösseren Dosis einen Anfall fast völlig zu coupiren. Dies gilt sowohl für den ganzen maniakalischen Anfall wie für die einzelnen Exacerbationen desselben. In der Regel beginnt man hei Mäunern mit einer Dosis von 0,8 mg, bei Frauen mit 0,6 mg. Die Einspritzung kann bis zu dreimal an einem Tag wiederholt werden. Bei täglicher Verabreichung muss man täglich um 0,2 mg steigen. Doch empfiehlt es sich im Allgemeinen, nicbt längere Zeit hindnrch täglich Hyoscin zn geben. Vielmehr setzt man besser tageweise aus. Die intermittirende Anwendung des Mittels genügt, um in vielen Fällen einen milderen Krankheitsverlauf herbeizuführen. Statt des Hyoscins ist nenerdings anch das Duboisin empfohlen worden. Gegen die Schlaflosigkeit kommen anch Sulfonal (3 g in heisser Milch) nnd Trional (2 g in heisser Milch) in Betracht.

Neben diesen Medicamenten empfiehlt sich eine regelmässige hydropathische Behandlung nnd zwar am besten in Gestalt prolongirter Bäder (1—2 - 3 Stunden, die Temperatur ist bei Beginn des Bades auf 26° zu bemessen, gegen Schluss des Bades jedoch bis auf 29° zu steigern). Leisten die Patienten gegen die Badeprocedur starken Widerstand, so verzichtet man hesser auf dieselbe, da bei der zwangsweisen Festbaltung in der Badewanne der beruhigende Effect meist völlig ausbleibt.

Die weinerliche Reizbarkeit im Nachstadium der Manie bessert sich oft auffällig rasch bei Darreichung kleiner Opiumdosen (0,05 einmal täglich).

4. Die Ernährung des Kranken. Alle Alkoholica sind zu streichen. Statt Kaffee oder Thee reicht man Milch (am besten mit Zusatz von Kalkwasser). Sehr empfehlenswerth ist auch Verabfolgung von Milch mit eingequirlten Eiern. Jedenfalls ist entsprechend dem enormen Kräfteverbrauch der meisten Maniakalischen die Ernährung nach Möglichkeit zu steigern. Dabei bedarf es besonderer Berücksichtigung, dass der Kranke in Folge seines Bewegungsdranges und seiner Ablenkbarkeit durch die kleinsten Sinneseindrücke sehr häufig das Essen verzettelt oder verspielt; es bedarf hier also genauester Ueberwachung. — Rauchen wird am besten ganz verboten.

Auch bei genauer Einhaltung aller dieser Vorschriften, sowie der selbstverständlichen Erfüllung aller Causalindicationen wird gelegentlich der tobsüchtige Zustand sich derart steigern, dass der Umgebung eine directe Gefahr erwächst. Versagt in solchen Fällen auch das Hyoscin oder will man dasselbe entsprechend der oben gegebenen Vorschrift einmal tageweise wieder aussetzen, so ist die Isolirung in einer Zelle nicht zu umgehen. Man isolirt den Kranken in einem sogenannten unzerreisslichen Anzug, der übrigens die Bewegungen des Patienten völlig frei lässt. Dazu erhält der Kranke einen Strohsack, resp. wenn er letzteren ausräumt oder zerreisst, Seegras und eine sog. unzerreissbare Decke. Die Temperatur ist auf 14° und, wenn der Kranke auch den sog. unzerreisslichen Anzug zerreisst, auf 16° zu halten. In der Regel soll die Isolirung in der Zelle, namentlich am Tage, nicht über 4—6 Stunden dauern. Ausnahmsweise kann es jedoch sich als vortheilhaft erweisen die Kranken tagelang in der Zelle zu isoliren, wenn nämlich die völlige Abgeschlossenheit der Zelle sichtlich beruhigend wirkt und der Kranke in der Zelle nicht verwildert, d. h. unreinlich wird, masturbirt u. s. w.

Besondere Besprechung bedarf endlich die Therapie in jenen schwersten Fällen, in welchen die Agitation sich zu sinnlosen Jactationen, die Ideenflucht zu Verwirrtheit und Unorientirtheit steigert und Fieber hinzutritt. Hier gilt es der directen Lebensgefahr zu begegnen. Von der Isolirung in der Zelle ist ganz abzusehen. Unter Umständen wird die Schlundsondenfütterung erforderlich. Drohendem Collaps ist eventuell durch wiederholte Injectionen physiologischer Kochsalzlösung (500 g) unter die Oberschenkelfascie vorzubeugen. In angemessenen Zwischenräumen muss jedenfalls durch Medicamente zeitweise motorische Ruhe erzwungen werden. Gerade hier leistet das Hyoscin, sachverständig angewendet, unschätzbare Dienste, während fast alle anderen Sedativa mehr oder weniger versagen. In diesen schweren Fällen muss auch starker Wein, ev. Cognac in reichlicher Menge verabfolgt werden.

Pathologische Anatomie. Die pathologisch-anatomische Untersuchung, speciell auch das mikroskopische Studium der Hirnrinde ist

bisher durchaus negativ ausgefallen. Die Manie ist daher zu den functionellen Geistesstörungen zu rechnen. Auch die verschiedenen Theorien, welche die Krankheit auf Circulationsveränderungen der Hirnrinde zurückzuführen suchen, haben irgend zulängliche Stützen in den Beobachtungsthatsachen noch nicht gefunden.

b. Melancholie.

Die Melancholie ist eine Psychose, welche durch 2 Hauptsymptome charakterisirt ist, nämlich durch eine krankhafte primäre Depression und durch eine primäre Denkhemmung. Häufig tritt hierzu als drittes Hauptsymptom eine motorische Hemmung; letztere ist nur eine Theilerscheinung der allgemeinen Hemmung der corticalen Associationen, welche sich andrerseits als Denkhemmung kundgab.

Ueber das gegenseitige Verhältniss der beiden Hauptsymptome hat man sich viel gestritten. Bald behauptete man, die Depression entstehe secundär, indem der Kranke sich der Hemmung seines Vorstellungsablaufs bewusst werde, bald betrachtete man umgekehrt die Denkhemmung lediglich als eine Folge der Depression. Die klinische Beobachtung spricht dafür, dass Depression und Hemmung coordinirte Parallelsymptome sind, welche sich allerdings wechselseitig verstärken. Wir schreiben daher sowohl der Depression wie der Hemmung primären Charakter zu.

Specielle Symptomatologie.

Affecte. In vielen Fällen beschränkt sich die Affectstörung auf eine einfache Depression. Man bezeichnet diese Form auch als Hypomelancholie oder melancholische Verstimmung. Hier sind die positiven Gefühlstöne sämmtlich verschwunden, alle Empfindungen und Vorstellungen sind von Unlustgefühlen begleitet.*) Die ganze Welt erscheint dem Kranken grau in grau. Bei den schwereren Formen der Melancholie (bei der Melancholia gravis) treten zu der einfachen Depression noch Angstaffecte hinzu. Die letzteren treten bald anfallsweise, bald continuirlich auf. Auch in letzterem Fall kommt es häufig zu anfallsweisen Verstärkungen der Angst. Hinsichtlich der körperlichen Begleitempfindungen und der Localisation ist die Angst der Melancholie meist (nicht stets!) als typische Präcordialangst zu bezeichnen. In vielen Fällen beobachtet man, dass die Angst im Lauf des Tages ganz typischen Intensitätsschwankungen unterliegt. So pflegt namentlich in den frühen Morgenstunden oft ein jähes Anwachsen der Angst einzutreten. Auch gegen Abend steigert sich gewöhnlich die Angst. Zuweilen beobachtet man nach jeder Mahlzeit eine Verstärkung der Angstaffecte.

*) Die krankhaften negativen Gefühlstöne der Empfindung sind zumeist auf Irradiation und Reflexion von Gefühlstönen der Vorstellungen zurückzuführen.

Bei einer besonderen Form der Melancholie beobachtet man eine eigenartige Nuance der negativen Affectschwankung. Es giebt Kranke, welche klagen, dass ihnen alles Gefühl abhanden gekommen sei, dass sie weder froh noch traurig sein könnten: das Gefühl für Gut und Schlecht, Schön und Hässlich sei ihnen abhanden gekommen, die Liebe zu ihren Angehörigen und das Interesse für ihre Thätigkeit und ihren Beruf sei erstorben, statt des Herzens sei ein Stein in ihrer Brust. Der einzige Affect des Kranken ist die Verzweiflung über diese pathologische Gefühllosigkeit. Man bezeichnet diese Form als die apathische Form der Melancholie.

Empfindnngen. Das Empfindungsleben des Melancholischen bleibt nicht selten ganz intact. Hyperalgesie ist selten. Bei der apathischen Form beobachtet man zuweilen sogar echte Hypalgesie. Ausgesprochene Hallucinationen oder Illusionen finden sich nur etwa in einem Zehntel aller Fälle; wo solche sich in grösserer Zahl finden, handelt es sich um die unten ausführlicher zu erwähnende hallucinatorische Varietät der Melancholie. Die eigenartigen Sensationen, welche die Angst der Melancholischen begleiten, sind schwerlich als Illusionen oder Hallucinationen aufzufassen, sondern wahrscheinlich als Empfindungen, welche in normaler Weise aus vasomotorischen Störungen u. s. w. hervorgegangen sind.

Vorstellungen. Der formale Ablauf der Vorstellungen ist verlangsamt. Diese Verlangsamung äussert sich zunächst in dem Wiedererkennen und in der Aufmerksamkeit. Der Melancholische identificirt Empfindungen mühsam. Um die Uhr abzulesen, braucht er oft eine Minute und mehr. In schweren Fällen kann es hierdurch zu einer völligen Unorientirtheit und Rathlosigkeit kommen. Dazu kommt eine schwere Hypoprosexie: die meisten Empfindungen, welche die Reize der Aussenwelt hervorrufen, lösen in Folge der allgemeinen Hemmung keine Vorstellungen aus oder bleiben — mit anderen Worten — unbeachtet. So kommt es, dass der Melancholische zuweilen nach mehrwöchentlicher Behandlung noch nicht einmal den Namen seines Arztes kennt. Er hat den Namen oft gehört, aber nicht behalten, weil der Act des Aufmerkens, die Verknüpfung mit Vorstellungen vollständig unterblieben ist. Ferner äussert sich die allgemeine Associationshemmung in einer ausgesprochenen Schwerbesinnlichkeit. Der Kranke muss sich lange besinnen, bis er seine eigenen Personalien, die Namen seiner Kinder anzugeben oder einfache Fragen, welche sein Schulwissen, seinen Beruf u. dgl. betreffen, richtig zu beantworten vermag. Es giebt hochgebildete Kranke, welche in der Melancholie in Folge ihrer Denkhemmung 7 × 18 nicht auszurechnen vermögen. Im Allgemeinen ist die Hemmung des Vorstellungsablaufs um so intensiver, je schwerer die Angstaffecte sind, doch findet sich auch bei einfacher Depression sehr oft eine ausgesprochene Denkhemmung; ganz fehlt dieselbe niemals.

Inhaltliche Störungen des Vorstellungslebens können völlig fehlen. So fehlen solche z. B. in der Regel bei der melancholischen Verstimmung. Häufig jedoch kommt es auch zu secundären Wahnvorstellungen im Sinne des **Kleinheitswahnes**, also zu sogen. Erklärungsversuchen der Depression und Angst. Unter diesen Wahnvorstellungen sind Versündigungsvorstellungen am häufigsten. Der immer wiederkehrende Refrain aller Aeusserungen des Kranken ist: ich bin nicht krank, sondern schlecht. Zuweilen ist dies krankhafte Schuldbewusstsein ganz unbestimmt, in anderen Fällen deuten die Kranken irgend ein vergangenes Erlebniss im Sinn einer Verschuldung um. Namentlich die Selbstanklagen: „ich habe meine Wirthschaft schlecht geführt, ich habe die Meinigen schlecht behandelt, ich habe es an Gottvertrauen fehlen lassen“ u. dgl. m. kehren immer wieder. Zuweilen kommt es auch zu ganz freien und bis ins Einzelne ausgemalten Erfindungen der schwersten Verbrechen. Kranke mit apathischer Melancholie werfen sich oft direct ihre Apathie vor: „Ich bin so schlecht, dass ich gegen alle meine Pflichten gleichgültig geworden bin“.

Nächst dem Versündigungswahn beobachtet man besonders häufig den Krankheitswahn: als Erklärungsversuche der Angst treten hypochondrische Vorstellungen auf. Der Kranke glaubt an Syphilis, Tuberkulose u. dgl. zu leiden. Oft knüpft dieser hypochondrische Wahn an ganz bestimmte thatsächliche Symptome oder Krankheiten an. So können die thatsächlich vorhandenen Präcordialsensationen Anlass zu der hypochondrischen Annahme eines Herzfehlers gehen. Der Syphiliswahn kann an einen Herpes praeputialis anknüpfen. Man bezeichnet die Symptome bezw. Krankheit, an welche der Kranke unter dem Einfluss der Depression und Angst hypochondrische Wahnvorstellungen knüpft, wie früher erwähnt, als Anknüpfungssymptome bezw. Anknüpfungskrankheit. Bei der Melancholie jugendlicher Masturbanten knüpft der Krankheitswahn meist an die mit der Masturbation zum Theil thatsächlich zusammenhängende körperliche und geistige Schlaffheit sowie an die Häufung nächtlicher Pollutionen an: so kommt der Kranke auf die Wahnidee, er leide an „Rückenmarksauszehrung“. Man bezeichnet diejenige Form der Melancholie, bei welcher die secundären Wahnvorstellungen sich hauptsächlich in der Richtung des Krankheitswahns bewegen, auch als „**hypochondrische Melancholie**“.

Häufig sind auch Verarmungsvorstellungen, so namentlich bei der Melancholie des Seniums. Der Kranke äussert: ausstehende Schulden würden ihm wohl verloren geben, sein Waarenlager sei zu gross, er könne die Kosten der Behandlung nicht tragen, er müsse mit seinen Kindern verhungern und betteln gehen.

Selten finden sich bei der Melancholie Verfolgungsideen. Am häufigsten beobachtet man sie noch ab und zu bei geistig minderveranlagten

oder ungebildeten Melancholischen im Anschluss an Versündigungsvorstellungen. Solche Kranken jammern: „ich soll in's höllische Feuer", „ich soll als irrender Geist immer umherwandern", „der Staatsanwalt verfolgt mich". Gerade bei dieser Form kommt es auch öfters zu wahnhaften und zu illusionären Auslegungen. Der Kranke deutet das Sprechen vor seiner Thür als das Gemurmel von Polizisten, ein zufälliges Klopfen als „das Zimmern eines Schaffots". Äusserst selten beobachtet man, dass bei der Melancholie Verfolgungsideen direct als Erklärungsversuche der Angst auftreten.

Zu den Versündigungsideen treten gelegentlich auch die in der allgemeinen Pathologie genauer geschilderten contrastirenden Grössenideen hinzu. Auch mit den Verarmungsideen verknüpfen sich letztere zuweilen: der Kranke schildert, um sein jetziges Elend noch greller zu beleuchten, in übertriebener Weise, wie glücklich er früher gelebt habe, wie reich er gewesen sei.

Die Handlungen des Melancholischen sind ganz und gar durch die soeben geschilderten psychopathischen Symptome bestimmt. Zunächst malt sich im Gesichtsausdruck des Kranken die Depression und die Angst. In der allgemeinen Pathologie (S. 142 ff.) sind die Ausdrucksbewegungen der Angst und der Depression ausführlich beschrieben worden.*) Die sonstigen Bewegungen und Handlungen des Melancholischen (abgesehen von den Ausdrucksbewegungen) stehen ganz unter dem Einfluss der motorischen Hemmung, welche als drittes Hauptsymptom der Melancholie gelten kann. Diese motorische Hemmung ist eine Theilerscheinung der allgemeinen Associationshemmung und primär wie diese; wie diese erfährt sie jedoch zugleich eine erhebliche Steigerung durch die Depression und namentlich durch die Angst. Beide Formen der motorischen Hemmung, welche die allgemeine Pathologie kennen lehrt (S. 149), kommen bei der Melancholie vor: bald besteht völlige Resolution der gesammten Körpermuskulatur, bald besteht eine allgemeine katatonische Spannung. In ersterem Fall bezeichnet man die Melancholie als Melancholia passiva, im letzteren als Melancholia attonita. In beiden Fällen liegen die Kranken fast regungslos. Spontane Bewegungen kommen kaum zu Stande. Die Kranken müssen gewaschen, gekämmt und gefüttert werden. Einige lassen sogar Koth und Urin unter sich gehen. Aufgetragene Bewegungen werden gar nicht oder nur äusserst langsam, zuweilen in vielen Absätzen ausgeführt. Viele Kranke sprechen gar nicht, andere unhörbar leise. In den leichteren Fällen — z. B. bei der sog. melancholischen Verstimmung — äussert sich die Hemmung lediglich darin, dass die Kranken sich langsamer entschliessen (Abulie) und alle Bewegungen langsamer

*) Vgl. auch die physiognomische Tafel Fig. 2 (Depression) und Fig. 3 (Angst).

ausführen. Oft klagen die Kranken selbst über den „Rückgang ihrer Willenskraft". Ihre berufliche Thätigkeit fällt ihnen äusserst schwer. Zu einer Arbeit, welche sie früher spielend in einer Stunde bewältigten, brauchen sie jetzt einen ganzen Tag. Hat der Kranke schliesslich sich einmal zu einem Entschluss aufgerafft, so überkommt ihn — bei seinem Mangel an Selbstvertrauen — sofort der Zweifel, ob der eingeschlagene Weg der richtige ist. In Folge dessen widerruft der Kranke seinen ersten Entschluss, um auch diesen Widerruf sofort wieder zu bereuen. Bei Frauen äussert sich die Abulie namentlich in der Vernachlässigung ihres Haushalts, ihrer Toilette u. s. f.

Eine wesentliche Modification erfährt das Handeln der Melancholischen dann, wenn der agitirende Einfluss der Angst den hemmenden Einfluss überwiegt. Warum im Einzelfall dieser oder jener stärker ist, können wir meist nicht nachweisen. Wie die ängstliche Agitation die Ausdrucksbewegung verändert, ist in der allgemeinen Pathologie angegeben. Die Kranken irren ruhelos umher. Es kann zu ausgesprochener Vagabondage kommen. Andere bleiben zwar im Bett, aber ringen Tag und Nacht die Hände und jammern. Bis zu tobsüchtiger Erregung kann sich diese ängstliche Agitation der Melancholie zuweilen steigern. Man bezeichnet diejenige Form der Melancholie, bei welcher dieser agitirende Einfluss der Angst vorherrscht, auch als Melancholia agitata.

Selbstmordversuche kommen gelegentlich auch auf Grund einfacher Depression, also bei der einfachen melancholischen Verstimmung, vor. Ungleich häufiger sind sie, sobald Angstaffecte hinzutreten. Speciell bei der agitirten Melancholie kommt es sehr häufig zu den energischsten Versuchen gegen das eigene Leben. Indess ist auch die Melancholia attonita stets selbstmordverdächtig. Die Hemmung der Angst kann ganz plötzlich in Agitation umschlagen. Eine Kranke, die wochenlang regungslos in katatonischer Spannung liegt, kann plötzlich, wenn eine Gelegenheit sich bietet, mit der grössten Energie und Behendigkeit einen Selbstmordversuch machen.

Manche Kranke suchen auch die Angst, welche sie ruhelos umhertreibt, durch Genuss von Spirituosen zu übertäuben. Namentlich bei der periodischen Melancholie beobachtet man dies nicht selten. Stundenweise lindert der Alkoholgenuss in der That die Angst. Sobald jedoch der Rausch verflogen ist, kehrt die Angst mit grösserer Heftigkeit zurück. Es bedarf immer grösserer Alkoholdosen, damit der Kranke nur einige Ruhe findet. Schliesslich bleiben die Kranken oft allnächtlich sinnlos betrunken in der Strassengosse — noch dazu häufig in einer fremden Stadt, wohin die innere Unruhe sie gerade getrieben hat — liegen. Mit dem Abklingen der Melancholie — meist nach einigen Wochen, zuweilen schon nach einigen Tagen — verschwindet auch das Bedürf-

niss nach Alkohol in der Regel sofort. Sehr unzweckmässig hat man diese periodischen Melancholiker auch als Quartaltrinker oder Dipsomanen bezeichnet.

Seltener suchen die Kranken ihre innere Angst durch excessive Masturbation zu übertäuben. Meist handelt es sich in solchen Fällen um schwer erblich belastete weibliche Individuen.

Durch die secundären Wahnvorstellungen der Kranken kommt es zu weiteren pathologischen Veränderungen des Handelns. Besonders steigert der Versündigungswahn und der Verarmungswahn die Selbstmordgefahr erheblich. Indess auch bei der hypochondrischen Melancholie kommen oft genug Selbstmordversuche vor: die elementare Gewalt der Angst ist stärker als die in der Wahnidee sich äussernde Besorgniss um das Leben. — Auch Gewalthandlungen gegen die Umgebung sind bei Melancholie nicht selten (Kindesmord, Brandstiftung). Endlich kommt es ungemein häufig zu Nahrungsverweigerung. In der Regel motivirt der Kranke dieselbe damit, dass er keine Nahrung verdiene, er sei zu schlecht, oder damit, dass er sie nicht bezahlen könne, er sei zu arm, oder endlich damit, dass er sie nicht verdauen könne, sein Magen und sein Darm seien zu krank. — Seltener kommt es bei der Melancholie zu den hypochondrischen Wahnhandlungen, welche S. 159 und 160 beschrieben wurden. Die Angstaffecte sind meist zu lebhaft, als dass es zu so complicirten und zusammenhängenden Handlungen kommen könnte. Nur wenn die hypochondrische Melancholie einen chronischen Verlauf nimmt, kommt es zu den dort erwähnten Wahnhandlungen.

Somatische Symptome s. str. Der Schlaf der Melancholischen ist sehr häufig mangelhaft, auf der Höhe der Krankheit fehlt er zuweilen vollständig.

Die Ernährung sinkt stets erheblich. Manche Kranke verlieren im Verlauf einer Melancholie über 20 Kilo an Körpergewicht. Hunger und Appetit können vollständig fehlen. Zuweilen ist die Salzsäuresecretion des Magens, häufig die Speichelsecretion herabgesetzt. Obstipationen von 1—2wöchentlicher Dauer werden beobachtet. Die Zunge ist meist pelzig belegt. Oft tritt Erbrechen auf.

Die Respiration ist häufig verlangsamt. Oft beobachtet man ein plötzliches tiefes Aufathmen. Unter dem Einfluss schwerer Angstaffecte wird sie beschleunigt und unregelmässig.

Die peripheren Arterien sind meist abnorm stark contrahirt. Daher die kühlen Hände und Füsse der meisten Melancholischen. Die Herzthätigkeit ist eher verlangsamt, nur unter dem Einfluss schwerer Angstaffecte ist sie öfters beschleunigt und unregelmässig. Im Anschluss an Obstipationen kommt es oft zu hohen Temperatursteigerungen, welche

mit Beseitigung der Obstipation rasch zurückgehen (vgl. S. 188). Nicht selten wird auch Amenorrhoe beobachtet.

Neuropathologische Symptome fehlen im Uebrigen meist vollständig. Zuweilen finden sich Druckpunkte. Es handelt sich dann meist um Melancholien, welche sich auf dem Boden der Neurasthenie entwickelt haben.

Verlauf. Ein Prodromalstadium fehlt der Melancholie häufig vollständig. Ohne Vorboten stellen sich die Hauptsymptome der Psychose bald rascher, bald langsamer ein. In einer kleineren Anzahl von Fällen gehen gastrische Beschwerden, Kopfdruck, Reizbarkeit und geistige und körperliche Erschlaffung der melancholischen Depression voran. Bei der melancholischen Verstimmung hat es mit einfacher Depression sein Bewenden. Bei der Melancholia gravis treten Angstaffecte hinzu. Noch häufiger zeigen sich letztere fast gleichzeitig mit der Depression. Zuweilen setzt die Psychose ganz acut mit einem schweren Angstanfall ein. Secundäre Wahnvorstellungen entwickeln sich in der Regel erst, wenn Depression und Angst bereits längere Zeit bestanden haben. Oft kann man geradezu ein erstes Stadium der reinen Affectstörung und ein zweites Stadium der secundären Wahnideen unterscheiden. Die Denkhemmung läuft im Ganzen der Affectstörung parallel.

Die Dauer der Melancholie beläuft sich in der Regel auf 4—6 Monate. Gerade die leichte melancholische Verstimmung überschreitet diese Dauer oft erheblich. Es giebt Fälle von Melancholie, welche erst nach mehr als 12 Monaten in Heilung übergehen. Der Uebergang in Heilung vollzieht sich zuweilen fast kritisch. Oft wird er durch den Wiedereintritt der auf der Krankheitshöhe ausgebliebenen Menstruation angekündigt. In anderen Fällen bilden sich die Wahnvorstellungen, die Affectstörungen und Hemmungen ganz allmählich zurück. Leichte Reexacerbationen im Verlauf der Reconvalescenz sind häufig. Seltener erfolgt im Verlauf der letzteren unmittelbar ein Rückfall.

Ungemein häufig beobachtet man ein Nachstadium im Sinn einer reactiven Hyperthymie. Namentlich, wenn die Affectstörung und Denkhemmung sehr schwer waren, beobachtet man fast stets eine mehrwöchentliche oder mehrtägige heitere Verstimmung mit entsprechender Beschleunigung des Vorstellungsablaufs. In übertriebenen Ausdrücken rühmen die Kranken, wie glücklich sie sind, dass ihr vermeintlich zerstörtes Gedächtniss und ihre Leistungsfähigkeit wiedergekehrt sind. Selten erlangt dies hyperthymische Nachstadium eine stärkere Entwickelung, so dass es als eine neue selbständige Psychose, eine „reactive Manie“ imponirt.

Ausgänge und Prognose. Die Ausgänge der Melancholie sind folgende:

1. in Heilung.
2. in Heilung mit Defect.
3. in Tod.
4. in secundären Schwachsinn.
5. in chronische Melancholie.
6. in sog. secundäre Paranoia.

Die meisten Fälle endigen mit völliger Heilung. Bei der typischen Melancholie erzielt man dieselbe in fast 90 % aller Fälle. Hat die Melancholie sehr lange gedauert, so ergiebt sich zuweilen eine Heilung mit Defect, d. h. die Affectstörungen und Hemmungen schwinden, aber eine genaue Vergleichung ergiebt, dass der Kranke eine leichte intellectuelle Einbusse erlitten hat. Complicirtere Begriffe und Urtheilsassociationen sind ihm mit der Krankheit verloren gegangen. Dem Laien entgeht dieser leichte Defect meist vollständig. In einer geringen Zahl von Fällen tritt keine Heilung, sondern ein erheblicher, fortschreitender Intelligenzdefect ein: die sog. secundäre Demenz. Dieser ungünstige Ausgang kündigt sich meist zuerst dadurch an, dass gelegentlich ein ominöses Lachen das Gesicht des Kranken überfliegt. Dies alberne Lachen wechselt ohne Motive mit Angstzuständen ab. Das Jammern der Kranken nimmt ebenso wie ihre Angstbewegungen einen fast automatischen Charakter an. Unreinlichkeiten häufen sich. Auch Hallucinationen und Illusionen stellen sich in grösserer Zahl ein. Die Kranken denken und sprechen zuweilen rascher, aber diese Besserung ist nur scheinbar: aus dem Inhalt der Aeusserungen des Kranken ergiebt sich, dass eine erhebliche Gedächtniss- und Urtheilsschwäche eingetreten ist. Letztere nimmt weiterhin stetig zu, während die Affectstörung abnimmt. Schliesslich können sich die schwersten Formen der secundären Demenz entwickeln. Die Kranken sprechen und handeln völlig verwirrt. Etwas häufiger, wenn auch gegenüber der grossen Zahl der Heilungen kaum in Betracht kommend ist der Ausgang in chronische Melancholie. Gedächtniss und Urtheilskraft bleiben in diesen Fällen intact. Auch gleichen sich die Affectstörungen oft bis zu einem gewissen Grade aus; speciell verlieren sich die heftigen Angstaffecte vollständig. Auch die Denkhemmung weicht bis zu einem gewissen Grade. Und doch sind die Kranken nicht gesund. Eine krankhafte Wehleidigkeit tritt an die Stelle der anfänglichen Depression. Die Hemmung bleibt auf dem Gebiet des Handelns dauernd bestehen. Die Kranken bleiben unschlüssig, rathlos, leistungsunfähig. Für das praktische Leben sind sie unbrauchbar. Das Selbstvertrauen kehrt nicht zurück. Viele ergehen sich in monotonem Jammern und unfruchtbaren Selbstanklagen. Hat es sich um eine hypochondrische Melancholie gehandelt, so stellt sich nun mit dem Abklingen der Affecte das hypochondrische Gebahren ein, wie es S. 159

und 160 geschildert wurde. Die secundären Wahnvorstellungen haben sich von den Affectstörungen, aus denen sie hervorgegangen waren, unabhängig gemacht. Die Gefahr eines solchen Ausgangs in chronische Melancholie ist erfahrungsgemäss bei von Hause aus geistig wenig veranlagten Individuen am grössten. Uebrigens bestehen zwischen der Heilung mit Defect, der secundären Demenz und der zuletzt geschilderten chronischen Melancholie fliessende Uebergänge.

Der tödtliche Ausgang wird am häufigsten durch Selbstmord herbeigeführt. Namentlich ausserhalb der Anstalten gehen nicht wenige Melancholiker so zu Grunde. Andere Todesursachen sind in intercurrenten Erkrankungen gegeben, wie sie namentlich bei abstinirenden, in der Ernährung stark heruntergekommenen Melancholikern nicht selten und zumeist in sehr gefährlicher Form auftreten.

Einen ganz besonderen Ausgang stellt der Uebergang in secundäre Paranoia dar. In diesen Fällen spricht man besser von zwei Hauptstadien, einem depressiven, welches der Melancholie entspricht, und einem hallucinatorischen, welches der secundären Paranoia entspricht. Es gehört mithin die Psychose nach ihrem Gesammtverlauf zu den zusammengesetzten Psychosen und wird unter diesen eine kurze Besprechung finden. Im Ganzen ist diese secundäre Paranoia selten. Wenn sich im Verlauf einer Melancholie gehäufte Hallucinationen oder Wahnvorstellungen der Verfolgung u. s. w. einstellen, so handelt es sich in der Regel gar nicht um diese secundäre Paranoia, sondern eine aufmerksame Untersuchung lehrt, dass ein Intelligenzdefect sich entwickelt und dass mithin der Uebergang in secundäre Demenz sich vollzieht.

V a r i e t ä t e n. Einige Varietäten der Melancholie sind bereits angeführt worden. So wurde der „melancholischen Verstimmung“ (Hypomelancholie), der apathischen Form, der Melancholia passiva, attonita, agitata und der Melancholia hypochondriaca schon gedacht. Prognostisch nehmen unter diesen Varietäten die Melancholia attonita und die Melancholia hypochondriaca insofern eine besondere Stellung ein, als ihre Prognose etwas ungünstiger ist. Bei ersterer ist der Ausgang in secundäre Demenz, bei letzterer der Ausgang in chronische Melancholie und der Ausgang in secundäre Paranoia etwas häufiger als bei den übrigen Melancholien. Uebrigens existiren zwischen allen diesen Varietäten keine scharfen Grenzen. Eine passive Melancholie kann ganz plötzlich für kürzere oder längere Zeit in die agitirte Form übergehen, hypochondrische Wahnvorstellungen können wahnhaften Selbstanklagen Platz machen u. s. f.

Eine besondere Varietät der Melancholie stellt auch die M e l a n c h o l i a h a l l u c i n a t o r i a dar. Namentlich auf dem Boden schwerer erblicher Belastung und im Senium beobachtet man häufiger, dass zu den

Hauptsymptomen der Melancholie, also zu der Depression, Angst und Hemmung Hallucinationen und Illusionen und zwar vorzugsweise solche schreckhaften Inhalts hinzutreten. Nicht selten handelt es sich bei den Sinnestäuschungen der hallucinatorischen Melancholie auch um das sog. Gedankenlautwerden. Die Kranken klagen, dass sie jeden Gedanken in ihrem Kopf, in ihrer Brust oder in ihrem Abdomen mitsprechen hören. Die sinnliche Lebhaftigkeit dieser Hallucinationen ist gewöhnlich sehr gering; meist zweifeln die Patienten auch nicht an ihrer subjectiven Entstehung. Mitunter fühlen sie einen eigenthümlichen Drang, die gehörten Worte mitzusprechen. Die Prognose dieser hallucinatorischen Melancholie ist nicht so gut wie diejenige der typischen Melancholie. Namentlich ist stets die Weiterentwickelung zu einer typischen hallucinatorischen Paranoia zu fürchten. Ueberhaupt bestehen zwischen der Melancholia hallucinatoria und der Paranoia hallucinatoria (namentlich der stuporösen Form) fliessende Uebergangsformen.

Eine andere Varietät der Melancholie ist durch das Hinzutreten von Zwangsvorstellungen zu den typischen Symptomen der Melancholie charakterisirt. Weitere Varietäten entstehen durch Complication der Melancholie mit Neurasthenie oder Hysterie. Die *neurasthenische* Grunderkrankung äussert ihren Einfluss im klinischen Bild der Melancholie dadurch, dass sie zu der Depression der Melancholie die neurasthenische Reizbarkeit hinzufügt. Für die Melancholie der *Hysterischen* ist die Labilität der Stimmung charakteristisch. In beiden Fällen macht sich oft ein räsonnirender Zug im Krankheitsbild geltend: die Kranken suchen ihre krankhaften Handlungen hinterher zu beschönigen und zu rechtfertigen.

Sehr wichtig ist auch die *periodische* Form der Melancholie. Wenn sie auch nicht so häufig ist wie die periodische Manie, so wird man doch bei schwerer erblicher Belastung stets auch an diese Möglichkeit denken müssen.

Endlich tritt die Melancholie auch in der Form des *transitorischen* Irreseins auf. Man bezeichnet diese Form auch als Raptus melancholicus. Derselbe dauert oft nur einige Minuten, höchstens 1—2 Stunden. Eine extreme Angst überfällt den Kranken meist ganz plötzlich und führt zu jähen Gewaltthaten des Kranken gegen sich und seine Umgebung (Selbstmord, Mord, Mobiliarzertrümmerung, planloses Fortlaufen). Schreckhafte Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen können hinzutreten. Ein ausgesprochener arterieller Gefässkrampf begleitet den Anfall. Derselbe endet meist kritisch. Für alles Vorgefallene besteht eine fast vollständige oder auch vollständige Amnesie.

Aetiologie. Bei der typischen Melancholie ist erbliche Belastung nur in der Hälfte aller Fälle zu finden. Auffällig oft beobachtet man

gleichartige Vererhung. Im Ganzen ist die Melancholie beim weiblichen Geschlecht häufiger als beim männlichen. Oft fällt der Ausbruch der Melancbolie in die Pubertät oder das Seninm. Die Pnbertätsmelancholie knüpft häufig an onanistiscbe Excesse an. Im Senium ist wohl namentlich die Atheromatose der Gefässe für den Ausbruch der Psycbose verantwortlich zu machen.

Eine häufige Veranlassung zum Ausbruch einer Melancholie stellt auch die Gravidität dar. Meist setzt diese Graviditätsmelancholie im 3. oder 4. Schwangerschaftsmonat ein, seltener erst gegen Ende der Scbwangerschaft. Circulationsveränderungen nnd reflectorische Einflüsse mögen dahei oft im Spiele sein. Häufig ist jedoch anch ein psychisches Moment wirksam: die Furcbt vor der Entbindung. Daher kommt es auch, dass die Graviditätsmelancbolie bei Primiparae etwas häufiger ist als bei Multiparae.

Seltener erzeugt das Pnerperium selbst eine Melancholie. Die Psychosen, welche in den ersten Wochen des Wochenbetts aushrechen, verlaufen zwar oft mit scbweren Angstaffecten, aber eine genanere Untersnchung lehrt sofort, dass diese Angstaffecte ausschliesslich auf Hallucinationen und Wahnvorstellungen heruhen, und dass somit diese Pnerperalpsychosen s. str. der acuten hallucinatorischen Paranoia zuzurechnen sind. — Häufiger ist die Melancholie eine Folgekrankheit einer protrahirten Lactation.

Ueberhanpt ist körperlicbe Erschöpfung, sie sei entstanden wie sie wolle, eines der wichtigsten ätiologischen Momente für die Melancholie. Ebenso hedentsam ist Kummer und Sorge. Daher kann die Melancholie an die verschiedensten Lebenschicksale anknüpfen. Zurücksetzungen, gescbäftliche Verluste, schwere Erkrankungen von Angehörigen, Todesfälle in der Familie könnten den Ausbruch herheiführen. Znweilen genügt die plötzliche Versetzung in andere Verhältnisse, um die Depression der Melancholie hervorzurufen. Dahin gehört z. B. aucb die Melancbolie, wie sie nach Verlohungen, namentlich hei jungen Mädcben, zuweilen aher ancb bei Männern heobachtet wird. Die Rene und die Angst wegen des Jaworts leiten hier die Psychose ein. Nahe verwandt ist auch die Melancbolie, welche sich allmählich aus einem noch physiologischen Heimweh entwickelt.

Seltener erzeugen momentane Affectstösse, wie z. B. Schreck u. dgl. eine Melancholie.

Sehr schwere Formen der agitirten Melancholie beobachtet man bei dem chronischen Alkoholismus.

Diagnose. Die Melancbolie kaun namentlich mit folgenden Krankheiten verwechselt werden:

1. Mit der hallucinatorischen Paranoia. Sowohl die stnporöse

Form wie die agitirte Form der letzteren bietet äusserlich grosse Aehnlichkeit mit der Melancholia attonita resp. agitata, sobald bei der hallucinatorischen Paranoia Hallucinationen ängstlichen Inhalts vorherrschen. Differentialdiagnostisch kommt hier alles in Betracht, was über das Charakteristische des hallucinatorischen Gebahrens in der allgemeinen Pathologie gesagt worden ist. Schon der Gesichtsausdruck ermöglicht oft zu entscheiden, ob einfache oder hallucinatorische Angst, mit anderen Worten, ob Melancholie oder hallucinatorische Paranoia vorliegt*). Auch das plötzliche Aufhorchen, der plötzliche Wechsel der Blickrichtung verrathen den Hallucinanten. Weitere Fingerzeige giebt das Befragen des Kranken: Aengstigen Sie sich, weil Sie so schreckliche Dinge sehen und hören, oder kommt die Angst von selbst? Bei sehr heftiger Erregung und namentlich bei sehr ausgesprochener Hemmung wird man freilich zuweilen eine verwirrte bezw. überhaupt keine Antwort erhalten. So kommt es, dass zuweilen eine sichere Diagnose auf der Höhe der Krankheit nicht möglich ist, zumal wenn auch die Anamnese im Stich lässt. Namentlich zwischen Melancholia hallucinatoria und Paranoia hallucinatoria ist ohne Anamnese keine sichere Entscheidung möglich. Die Anamnese muss lehren, ob die Hallucinationen nur eine secundäre Zuthat sind oder das ganze Krankheitsbild von Anfang an bestimmt haben.

2. Mit dem Depressionsstadium der Dementia paralytica. Im Verlaufe der letzteren tritt ungemein häufig ein Stadium ein, welchem die Hauptsymptome der Melancholie: primäre Depression, Angst, Denkhemmung und motorische Hemmung oder eventuell statt der letzteren ängstliche Agitation in der für die Melancholie charakteristischen Zusammenstellung zukommen. Die Unterscheidung der Melancholie von diesem Stadium der Dementia paralytica beruht darauf, dass letztere ganz bestimmte neuropathologische Symptome zeigt und auch stets mit einem Defect der Intelligenz verknüpft ist. Die wichtigsten neuropathologischen Symptome, auf welche man zu fahnden hat, sind: Pupillenstarre, Facialisparesen, hesitirende Sprache, Aufhebung der Kniephänomene oder Achillessehnenphänomene. Alle diese Symptome kommen bei Melancholie nicht vor: wo sich eines derselben findet, handelt es sich um das Depressionsstadium der Dementia paralytica, jedenfalls nicht um Melancholie. Der Intelligenzdefect kann durch directe Intelligenzprüfung nachgewiesen werden**) (s. unter Dementia paralytica). Oft giebt sich derselbe schon in dem ganzen Gebahren und in dem Inhalt der secundären Wahnvorstellungen kund. Die Depression des Para-

*) Vergleiche auf den physiognomischen Tafeln Fig. 3 mit Fig. 5. Erstere stellt die einfache Angst der Melancholie, letztere diejenige der hallucinatorischen Paranoia dar.

**) Dabei muss man sich nur davor hüten, Intelligenzdefect und Denkhemmung zu verwechseln.

lytikers ist oberflächlicher; oft macht sie vorübergehend einem alberuen Lachen Platz. Die secundären Wahnvorstellungen sind durch ihre Maasslosigkeit, durch flagrante Widersprüche unter sich und mit den Thatsachen und durch die Dürftigkeit der Motivirung ausgezeichnet. Der Paralytiker behanptet zu Millimetergrösse zusammengeschrumpft zn sein, Herz, Lungen n. s. w. verloren zu haben. Während er isst, behauptet er, der Mund sei zugewachsen. Seit vielen Jahren will er keinen Stuhlgang gehabt haben. Bei der Melancholie finden sich derartige schwachsinnige Wahnvorstellungen nur äusserst selten. —

Endlich wird man berücksichtigen, dass die Dementia paralytica namentlich im mittleren Mannesalter auf Grund früher stattgehabter syphilitischer Infection vorkommt. Man wird daher mit der Diagnose einer Melancholie doppelt vorsichtig sein, wenn es sich um einen früher syphilitisch gewesenen Mann im 4ten oder 5ten Lebensjahrzehnt handelt.

3. Mit Dementia senilis. Maassgebend für die Unterscheidung ist die Feststellung, ob ein Intelligenzdefect vorliegt oder nicht. Gelingt es einen solchen sicher nachzuweisen, so liegt senile Demenz und keine Melancholie vor. Gerade hierbei bedarf es grosser Vorsicbt, denn gerade die senile Melancholie täuscht sehr oft einen Intelligenzdefect vor.

4. Mit der Stupidität. Für diese Verwechselung kommt namentlich die apathische Form der Melancholie in Betracht. Differentialdiagnostisch ist zu berücksichtigen, dass der apathische Melancholiker seine Apathie schmerzlich empfindet, während bei der Stupidität der Kranke unter seiner Apathie nicht oder kaum leidet. Ferner pflegen bei der apathischen Melancholie gelegentlich doch einzelne Angstaffecte aufzutreten; bei der Stnpidität wird die Affectlosigkeit öfter von einem kindlichen Lächeln unterbrochen. Uebrigens kommen ab und zu Zwischenformen zwischen der apathischen Melancholie und der Stupidität vor. — Fasst man nur das motorische Verhalten ins Auge, so ähnelt die Stnpidität am meisten der passiven Melancholie: beiden ist die völlige Resolution der Körpermusculatur gemeinsam. Der blöde Gesichtsausdruck der Stupidität und der traurige der Melancholie sind jedoch kaum zu verwechseln.

Besondere Beachtnng verdient auch stets die Möglichkeit, dass die vorliegende Melancholie die Theilphase eines circulären Irreseins ist. Dringender wird dieser Verdacht, wenn die Melancholie sehr plötzlich ausbrach und wenn in ihrem Verlauf gelegentlich stundenweise eine auffällige heitere Exaltation die Depression nnterbricht.

Uebersehen wird die einfache melancholische Verstimmung nicht selten. Die Vernachlässigung der Toilette, des Berufs, des Haushalts wird auf Charakterveränderung statt auf Krankheit zurückgeführt. Ein sachverständiges Befragen wird ohne Schwierigkeit die pathologische

Natur der psychischen Veränderung feststellen können. — Die obenerwähnten sog. Dipsomanen werden oft mit Trinkern verwechselt. Die Periodicität der Excesse ist hier ein wichtiges Kriterium. Es ist jedoch zu beachten, dass nicht selten aus dipsomanischen periodischen Melancholikern schliesslich chronische Alkoholisten werden. — Endlich kann die Krankheit wegen ihres transitorischen Charakters übersehen werden. Es kommt leider noch immer ab und zu vor, dass die Angabe solcher Kranken, sie wüssten sich des ganzen Vorfalls (abgesehen vielleicht von einem initialen Angstgefühl) nicht mehr zu erinnern, selbst von Aerzten für „grobe Simulation" gehalten wird. Die blinde Rücksichtslosigkeit der Strafhandlung im Raptus melancholicus sollte schon dem Richter den Gedanken nahelegen, dass es sich um einen pathologisch bedingten Act handelt.

Therapie. Zunächst gilt als Hauptregel, dass jede Melancholie, bei welcher Angstaffecte bestehen, wegen dringender Selbstmordverdächtigkeit in eine geschlossene Anstalt zu überführen ist. Bei der sog. melancholischen Verstimmung kann man eher die Behandlung ausserhalb einer geschlossenen Anstalt in Anbetracht des Fehlens von Angstaffecten und in Anbetracht der entsprechend geringeren Gefahr eines Selbstmordes riskiren. Da auch die sonstige Behandlung bei der melancholischen Verstimmung und bei der Melancholie mit Angst in wesentlichen Punkten verschieden ist, soll auch die Besprechung getrennt werden.

a. Behandlung der melancholischen Verstimmung. Bei nicht günstiger Vermögenslage wird man auch hier die Einlieferung in eine geschlossene Anstalt vorziehen. Stehen die pecuniären Mittel zur Verfügung, so veranlasst man die Ueberführung in eine offene Privatanstalt. Der Verbleib des Kranken in seiner eignen Familie ist stets unzweckmässig. Ihren Angehörigen gegenüber fühlen die Kranken ihre Depression in doppelter Stärke und sind doppelt willensschwach. Der Kranke muss in andere Umgebung und zwar vor allem in einfache Verhältnisse. Geselligkeit, Zerstreuungen, überhaupt Abwechselung wirkt fast stets schädlich. Man ordnet daher die Lebensweise des Kranken bis zu seiner Einlieferung in die offene oder geschlossene Anstalt und weiterhin auch in dieser selbst nach folgenden Grundsätzen. Zunächst empfiehlt sich die Bettruhe auch auf einen Theil des Tages (z. B. die Mittagszeit von 12—3 Uhr) auszudehnen. Es ist darauf zu achten, dass der Kranke seine Toilette regelmässig und genau besorgt. Der Vormittag ist auf leichte körperliche Beschäftigung (Gartenarbeit, Beschäftigung im Haushalt, Zeichnen, Modelliren) zu verwenden. Nach halbstündiger Beschäftigung ist stets mindestens eine halbe Stunde Ruhe einzuhalten. Am Nachmittag empfehlen sich langsame, kurze Spazier-

gänge, einfache Spiele, wenn möglich im Freien, und leichte körperliche Bewegung und Lectüre. Bei der Auswahl der letzteren bedarf es specieller Vorsicht: erbauliche Lectüre ebensowohl wie humoristische wirkt meist ungünstig, leichte historische Lectüre, kurze einfach geschriebene Novellen wirken am besten. Sehr vortheilhaft ist es, wenn man den Kranken zu bestimmen vermag, auf seinen Spaziergängen Pflanzen zu sammeln und nachher zu bestimmen. Der Erfindungsgabe des Arztes ist hier ein weiter Spielraum gelassen. Bei ungebildeten Kranken wird man selbstverständlich das Hauptgewicht auf körperliche Beschäftigung legen müssen. Von beruflichen Arbeiten hält man den Kranken am besten möglichst fern. Den Briefwechsel mit Angehörigen und Freunden schränkt man ein, jedenfalls setzt man bestimmte Tage sowohl für das Schreiben, wie für den Empfang von Briefen fest. Ueberhaupt ist die ganze Lebensweise des Kranken durch einen festen Stundenplan zu regeln.

Medicamentöse Behandlung ist, soweit nicht ätiologische oder symptomatische Indicationen in Betracht kommen, überflüssig. Morgens und nach der Mittagsruhe verordnet man kühle Abwaschungen, Abends eine laue Abwaschung oder ein prolongirtes Bad (28°, ³/₄ St.) oder eine hydropathische Einpackung (25°, ½—³/₄ St.). Die Obstipation bekämpft man durch Leibmassage und Rumpfgymnastik, die Schlaflosigkeit, wenn die eben erwähnten hydrotherapeutischen Maassnahmen versagen, durch gelegentliche (nicht tägliche!) Bromdosen (5 g Natrium bromat.) oder Sulfonaldosen (1,5 g Abends in Suppe oder Milch). Die Nahrungsaufnahme bedarf einer besonderen Controle; eventuell kommt eine Mastkur in Betracht. Stets wird der Arzt durch entsprechende Fragen sich überzeugen müssen, ob Suicidgefahr besteht oder nicht. Es wäre eine ganz falsche Scheu, wenn man solche Fragen unterlassen wollte, um, wie es meist heisst, den Kranken „nicht aufzuregen". Auch die leichte melancholische Verstimmung ist sehr häufig selbstmordverdächtig. Es sind in letzterem Falle alle Maassregeln durchzuführen, welche in der allgemeinen Therapie angegeben sind.

b. Behandlung der Melancholie mit Angstaffecten. Nur bei sehr günstigen Vermögensverhältnissen ist hier die Behandlung in einer offenen Anstalt möglich; es ist in letzterer nämlich unumgänglich nothwendig, dem Kranken einen eigenen Privatwärter zu halten, der den Kranken weder bei Tag noch bei Nacht allein lassen darf. In der übergrossen Mehrzahl der Fälle und selbstverständlich in allen Fällen, wo agitirte Angst vorliegt, wird der Arzt die Einlieferung in eine geschlossene Anstalt möglichst zu beschleunigen suchen. In der Zeit, welche bis zur Ueberführung in die Anstalt verfliesst, empfiehlt sich folgende Ordination:

1. Absolute Bettruhe.
2. Ständige Ueberwachung durch eine zuverlässige Person.
3. Einleitung einer Opiumtherapie.

Letztere beginnt man ausserhalb der Anstalt mit einer Tagesdosis von 0,2—0,24 g, vertheilt auf 4 Einzeldosen. Weiterhin steigt man täglich um mindestens 0,05 g. Erlauben es die Verhältnisse, so kann man Abends eine hydropathische Einpackung (24°, 1 St.) oder ein prolongirtes Bad (26—28°, 1 St.) anordnen. Bei schwerer ängstlicher Agitation giebt man eine subcutane Einspritzung von Morphium (0,015 —0,02) und, wenn diese nicht ausreicht, von Morphium mit Hyoscin (0,015 Morph. + 0,0005 Hyoscin). Vergl. Allgem. Therapie. S. 265!

So bereitet der Arzt die Anstaltsbehandlung am besten vor. In der Anstalt wird die absolute Bettruhe beibehalten. Die Opiumdosis wird, da eine stetigere ärztliche Controle möglich ist, rascher gesteigert. Die Ueberwachung hinsichtlich eines Selbstmordversuches wird selbstverständlich erst recht genau durchgeführt. Anfangs beschäftigt man die Kranken garnicht oder höchstens viertelstundenweise mit leichten Handarbeiten. Im weiteren Verlauf der Psychose steigt man mit der Opiumdosis bis auf 1,2 und selbst bis auf 1,5 und 1,8 pro die. Keinesfalls hält man mit der Steigerung der Opiumdosis ein, sobald der Kranke einmal einen Tag etwas ruhiger gewesen ist. Vielmehr gilt es als Regel, dass man durch Steigerung der Opiumdosis dem kommenden neuen Angstaffect gewissermaassen vorauseilt und vorbeugt. Eine regelmässige hydropathische Behandlung (tägliche Einpackungen, tägliche prolongirte Bäder) ist meist nicht angebracht. Vielmehr ist es in der Regel zweckmässiger, nur bei besonders heftigen Angstparoxysmen eine Einpackung oder ein Bad zu verordnen; dann pflegt der Erfolg selten auszubleiben. Eventuell wird man auch in der Anstalt bei tobsüchtiger ängstlicher Erregung dann und wann Hyoscin mit Morphium injiciren müssen. Isolirung ist jedenfalls zu vermeiden.

Wenn sich die Psychose dauernd bessert, so geht man langsam — etwa alle 3 Tage um 0,05 g — mit dem Opium zurück, gestattet allmählich dem Kranken stundenweise aufzustehen und sich länger und mannigfaltiger zu beschäftigen und erlaubt Correspondenz mit den Angehörigen, welche bis zum Eintritt der Reconvalescenz jedenfalls zu untersagen ist, und schliesslich auch Besuch der Angehörigen. Nachdem der letztere stattgefunden hat, ist die Entlassung bezw. Beurlaubung aus der Anstalt nicht mehr lange hinauszuschieben. Ueberhaupt kann ein in der Reconvalescenz auftretendes übermässiges Heimweh zuweilen zu einer noch frühzeitigeren Entlassung nöthigen, weil dasselbe geradezu die völlige Heilung und weitere Besserung verhindert. Der Arzt muss hier scharf zwischen einem physiologischen, aus der Gemüths-

anlage und der Situation des Kranken verständlichen Heimweh und einem auf pathologischer Angst beruhenden Heimdrängen unterscheiden.

Besondere Schwierigkeit ergiebt sich im Einzelnen während des Krankheitsverlaufs namentlich bei Regelung des Stuhlgangs und der Nahrungsaufnahme. Alle Vorschriften, welche in der allgemeinen Therapie zur Bekämpfung der Obstipation und Abstinenz gegeben wurden, kommen hier in besonderem Maasse in Betracht. Man lasse eine Obstipation niemals über 48 Stunden bestehen. In schweren Fällen, wenn Leibmassage, Klystiere, Drastica, bohe Eingiessungen, Glycerineinspritzungen u. dgl. versagen, wird man sich schliesslich zur manuellen Ausräumung des Rectums entschliessen müssen. Besondere Aufmerksamkeit ist auch der Mundpflege zu widmen. In der Diät vermeidet man grüne Gemüse und Beerenfrüchte am besten vollständig. Zur Milch fügt man vortheilhaft Kalkwasser (1 Esslöffel pro ½ Liter) hinzu: sie wird dann vom Magen erheblich besser vertragen. Ausser Milch reiche man namentlich Fleisch und Eier. Bei nicht agitirten Formen warte man mit der Schlundsondenfütterung möglichst lange, bei agitirten muss man zuweilen schon am 3. Tage der Abstinenz eingreifen.

Besonders zu bemerken ist, dass Obstipation in keiner Weise den Gebrauch des Opiums contraindicirt. Nicht selten beobachtet man sogar, dass unter dem Einfluss der Opiumbehandlung die Obstipation allmählich weicht. Viel unangenehmer sind die hartnäckigen Diarrhöen, welche — allerdings selten — im Gefolge einer Opiumbehandlung auftreten. Man bekämpft dieselben mit Tct. Coto und Argentum nitricum, ohne die Opiumdosis herabzusetzen. Erregt der Geschmack des Opiums Ekel bei dem Kranken, so verabreicht man es in Pillen. Erregt es Uebelkeit, so giebt man es zusammen mit Eispillen. Klagen die Kranken nach dem Einnehmen des Opiums über Aufstossen und Magendruck, so verabfolgt man das Mittel subcutan (als Extractum Opii aquosum oder Morphium). Meist ist es zweckmässig, da Opium wie Morphium die Salzsäuresecretion des Magens herabsetzt,*) von Anfang an Ac. hydrochloricum (3,0 : 200,0, ½ St. nach jeder albuminhaltigen Mahlzeit 1 Esslöffel) zu geben. Falls das Opium das Traumleben sehr steigert und hypnagogische Visionen hervorruft, verbindet man es mit kleinen Bromdosen (2,0 g Natr. bromat.). Bei schwacher Herzthätigkeit fügt man etwas Campher (0,01 auf 0,05 Op.) hinzu. Dasselbe empfiehlt sich überhaupt bei der passiven Form der Melancholie.

Für die psychische Behandlung gilt weiterhin Alles, was in der allgemeinen Therapie hierüber gesagt wurde. Namentlich hüte man

[1] Es tritt dies auch bei subcutaner Injection ein, da das injicirte Morphium zu einem grossen Theil von der Magenschleimhaut wieder ausgeschieden wird und bei seinem Weg durch die Magenschleimhaut die Secretion derselben lähmt.

sich, auf eine Discussion über die Wahnvorstellungen mit dem Kranken sich einzulassen. Oft verweist man ihn am besten darauf, dass die körperliche Untersuchung des Nervensystems ergeben habe, dass wenigstens auch Krankheit vorliege; die Entscheidung, ob zugleich Verschuldung bestehe, sei erst zu fällen, wenn die Krankheit beseitigt sei, es sei doch möglich, dass nur die körperliche Angst und Unruhe ihn auf solche Gedanken bringe. Jammert der Kranke weiter über seine angeblichen Verbrechen u. s. w., so hört man ihn geduldig an, antwortet aber nicht. Wiederholt der Kranke bei jedem Besuche dieselben Klagen, so schneidet man schliesslich dieselben ab. Besonderer Vorsicht bedarf die psychische Behandlung des hypochondrischen Melancholikers. Derselbe muss zunächst einmal sehr gründlich und eingehend unter Berücksichtigung aller wahnhaften Klagen körperlich untersucht werden, die immer wiederkehrende Bitte um neue Untersuchungen schlägt man bei den folgenden Visiten mit dem Hinweis auf die erste eingehende Untersuchung consequent ab.

Pathologische Anatomie. Dieselbe ist noch ebenso wenig aufgeklärt wie diejenige der Manie. Hypothetisch hat man häufig eine Störung der Blutzufuhr der Hirnrinde angenommen.

c. Neurasthenie (Neurasthenisches Irresein).

Das neurasthenische Irresein ist eine sehr vielgestaltige Krankheit, deren Hauptsymptome folgende sind:

1. Krankhafte affective Reizbarkeit.
2. Wechselnde Störungen des Vorstellungsablaufs.

Zu diesen Grundsymptomen kommen dann weiterhin noch zahlreiche körperliche Symptome,*) welche fast nie völlig fehlen. Man kann daher das neurasthenische Irresein auch mit Fug und Recht als eine Psychoneurose bezeichnen. Es liegt von diesem Standpunkt aus sehr nahe, die Neurasthenie in Analogie mit den hysterischen und epileptischen psychischen Degenerationen zu setzen. Dieser Vergleich ist auch in der That bis zu einem gewissen Grade zutreffend und man hat daher oft das neurasthenische Irresein mit dem epileptischen und hysterischen Irresein zu einer Gruppe vereinigt. Dabei ist jedoch zu beachten, dass das Verhältniss des psychopathischen Symptomencomplexes zu der Neurose in den 3 Fällen wesentlich verschieden ist. Bei der Epilepsie lässt sich zwischen der Neurose und den psychopathischen Symptomen eine scharfe Grenze ziehen; wir kennen die Neurose auch ohne psychopathische Symptome. Bei der Hysterie ist die Verbindung der neuro-

*) Mitunter hat man diese körperlichen Symptome auch als Neurasthenie der Cerebrasthenie, d. h. den psychischen Symptomen gegenübergestellt.

pathischen mit den psychopathischen Symptomen bereits enger, jedoch kann man noch immer diese von jenen trennen; gelegentlich kommt die Hysterie mit ihren typischen körperlichen Symptomen ohne psychische Veränderungen vor. Anders bei der Neurasthenie. Hier treten stets und vom Beginn des Leidens an somatische und psychische Symptome untrennbar verwoben auf, etwa ähnlich, wie auf dem Gebiete der organischen Psychosen die Dementia paralytica eine unlösliche Verbindung somatischer und psychischer Symptome zeigt. Bei der Hysterie und namentlich bei der Epilepsie entsteht die psychische Veränderung erst auf dem Boden der Neurose, bei der Neurasthenie kann von einem solchen zeitlichen bezw. ursächlichen Verhältniss nicht die Rede sein: psychische und körperliche Symptome treten gleichzeitig und coordinirt auf. Während daher die psychische Degeneration der Epileptiker und der Hysterischen in die allgemeine Aetiologie verwiesen werden konnte, gehört die Besprechung des Neurasthenischen Irreseins in die specielle Pathologie. Innerhalb der letzteren hat man ihr bald diese bald jene Stellung zugewiesen. Da die Neurasthenie enorm vielgestaltig ist und Beziehungen und Uebergänge zu fast allen anderen Psychosen zeigt, so kann diese Verschiedenheit der Auffassung ihrer Stellung im System der Psychosen nicht Wunder nehmen. Da die constantesten und frühesten psychischen Symptome des neurasthenischen Irreseins das Affectleben und den formalen Ablauf der Vorstellungen betreffen, so haben wir dasselbe den affectiven Psychosen zugesellt, heben aber ausdrücklich, wie eben geschehen, hervor, dass das neurasthenische Irresein in einzelnen Abarten und namentlich in manchen Weiterentwicklungen aus dem Typus der affectiven Psychosen heraustritt. Einen entscheidenden Anstoss wird man hieran nicht nehmen dürfen: traten doch auch zu der Melancholie gelegentlich Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, Zwangsvorstellungen u. s. f. hinzu. Auch das Vorkommen zahlreicher körperlicher Symptome bei dem neurasthenischen Irresein wird uns in dieser Auffassung nicht beirren: ist doch auch die Melancholie von vasomotorischen und splanchnischen Symptomen u. s. w. begleitet.

Symptomatologie.

Affectstörungen. Unter diesen steht die krankhafte Reizbarkeit obenan. Der Neurastheniker ist im Ganzen weder krankhaft traurig wie der Melancholiker, noch gar krankhaft heiter wie der Maniakalische. Seine Affectstörung ist durch die Reizbarkeit gekennzeichnet. Der kleinste Anlass löst abnorm intensive und abnorm nachhaltige Unmuthsaffecte aus. Liegt die Abnormität mehr in der Nachhaltigkeit des Unmuthsaffects, so spricht man von dem neurasthenischen Aerger, liegt sie in der Intensität des Unmuthsaffects, so spricht man von dem neurasthe-

nischen Zorn. Die Traurigkeit des Melancholikers knüpft oft an äussere Objecte an, wird aber von dem Kranken dann ganz auf sein Ich übertragen. Der Unmuth des Neurasthenikers richtet sich direct gegen die äusseren Objecte und gegen die Personen seiner Umgebung. Darin unterscheidet sich eben die krankhafte Reizbarkeit von der krankhaften Traurigkeit. Die Anlässe, welche die Stimmung des Neurasthenikers verderben, sind oft so geringfügig, dass der Kranke hinterher selbst erstaunt ist, wie er sich über eine Kleinigkeit so vollständig vergessen konnte. Bei der Hausfrau spielt der Dienstbotenärger eine Hauptrolle: sie ist nicht mehr im Stande, ruhig einen Verweis zu ertheilen und dann das kleine Versehen eines Dienstboten zu vergessen, sondern geräth in unverhältnissmässigen Zorn, kommt immer wieder auf das Versehen zurück und vergisst dasselbe selbst Nachts nicht. Aehnlich geht es dem Beamten: er kann weder den kleinsten Verweis seiner Vorgesetzten noch den harmlosesten Fehler eines Untergebenen ruhig ertragen und verwinden. Jeder Widerspruch im Familienkreise oder im Bekanntenkreise versetzt den Kranken in Aufregung. Selbst die Ungezogenheit seiner Kinder löst Zornausbrüche aus.

Die Irradiation dieser pathologischen Gefühlstöne bleibt nicht aus. Schliesslich ärgert den Kranken die Fliege an der Wand. Kein Essen schmeckt ihm, kein Gegenstand liegt da, wo er ihn sucht, keine Beschäftigung behagt ihm. Er mag sich setzen, wie er will: er fühlt sich nicht wohl. Nachts findet er keine Lage, in der er einschlafen könnte. „Aus der Haut möchte ich fahren" resumiren viele Kranke diesen Affectzustand in fast wörtlicher Uebereinstimmung. Dass die später zu erwähnenden Hyperästhesieen und pathologischen Sensationen hierzu noch viel beitragen, liegt auf der Hand; andererseits lehrt die klinische Beobachtung unzweifelhaft, dass die Kranken nicht etwa nur in Folge dieser Hyperästhesien und Sensationen reizbar verstimmt sind.

Gegenüber dieser Reizbarkeit treten alle andern Affectstörungen des Neurasthenikers in den Hintergrund. Ungemein häufig ist eine Mischform zwischen der Melancholie und dem neurasthenischen Irresein. Bei dieser findet sich auch unmotivirte primäre Depression und Angst. Zu dem typischen Bild der Neurasthenie gehören beide nicht. Complicirende Zwangsvorstellungen und hypochondrische Vorstellungen bedingen sehr häufig eine secundäre Depression. Zugleich führen sie zu einer Einschränkung des Interessenkreises des Kranken auf seine Krankheit. Er wird oft zum starrsten Egoisten. Alle zu seiner Krankheit nicht in Beziehung stehenden Dinge interessiren ihn nicht mehr.

Empfindungen. Zunächst besteht bei vielen Neurasthenikern eine ausgesprochene Hyperaesthesie. Die Reizschwelle scheint nach unten

verschoben, die Empfindungsintensität unverhältnissmässig gesteigert. Dies gilt nicht nur von der Hantempfindlichkeit, sondern in noch höherem Maasse von den höheren Sinnesorganen (Hyperaesthesia retinae, Hyperakusmie, Hyperosmie). Oft ist mit dieser Hyperästhesie anch eine ausgesprochene Hyperalgesie verbnnden. Eine etwas stärkere Berührung wird schon als Schmerz empfunden. Schon ein mässiges Licht wird als unangenehm blendend, ein mässiges Geräusch als schmerzhaft gellend empfunden und gefühlt. Anch die abnormen Ermüdungserscheinnngen, über welche viele Neurastheniker klagen, beruhen wahrscheinlich nicht allein auf thatsächlichem Versagen des motorischen Apparats, sondern zuweilen anch auf einer Hyperästhesie und Hyperalgesie der Mnskel-Sehnen- nnd Gelenkempfindungen.[1]

Ein weiteres sehr coustantes Symptom der Neurasthenie stellen die Parästhesien dar. Die Kranken klagen über Tanhheits- und Kriebelempfindungen, namentlich in der Kopfhant und in den Extremitäten. Dazu kommt auf dem Gebiete der höheren Sinnesorgane Funkensehen, Häufnng von Monches volantes, Ohrensausen und Ohrenklingen. Letzteres wird bald in die Ohren selhst bald in die Mitte des Kopfes verlegt („Kopfsausen"). Zum grössten Theil entspringen diese mannichfaltigen Parästhesien wahrscheinlich abnormen Reizzuständen der peripheren Nervenbahnen oder vasomotorischen Störungen, zum kleineren Theil mag es sich nm hallucinatorische oder um illusionäre Processe handeln, also um Vorgänge, an deren Zustandekommen eine krankhafte Erregbarkeit der Hirnrinde betheiligt ist. Entwickeln sich hei der Neurasthenie hypochondrische Wahnvorstellungen, so wirken diese häufig verstärkend und modificirend auf die Parästhesien zurück. Es kommt zu zahlreichen illnsionären Auslegungen und Illusionen. Entschieden als Illusionen sind die hypnagogischen Visionen des Neurasthenikers aufzufassen. Bei Augenschluss sieht er allerhand Gestalten (Gesichter, Landschaften), welche heim Oeffnen der Angen sofort verschwinden.

Eine grosse Rolle im Krankheitsbild der Neurasthenie spielen anch die spontanen Schmerzen. Sie treten am häufigsten unter dem Bilde der Topalgien auf (vergl. allgemeine Symptomatologie S. 180). Der häufigste Sitz dieser Topalgien ist der Hirnschädel, doch kommen auch Topalgien in der Herzgegend, der Magengegend und in den Extremitäten vor. Von den Topalgien wohl zu unterscheiden ist der sog. „Kopfdruck" der Neurasthenischen. Dieser beruht in den meisten Fällen auf Ermüdungsempfindungen des M. frontalis und der Nackenmuskeln, welche der Neurastheniker entsprechend der Erschwerung seiner Aufmerksamkeit und

[1] So entstehen wahrscheinlich auch die qualvollen Oppressionsempfindungen welche das Athmen mancher Neurasthenischer begleiten.

Ideenassociation öfter und stärker bei jedem geistigen Process mitinnervirt als der Gesunde.

In ihrer Pathogenese ganz unaufgeklärt sind die mannichfachen Schwindelsensationen, über welche viele Neurasthenische klagen. Meist stellen sich dieselben anfallsweise und ohne Scheinbewegung der Objecte ein.

In enger Beziehung zu den soeben aufgeführten Sensibilitätsstörungen stehen auch die sog. Druckpunkte der Neurasthenie. Im Gegensatz zu denjenigen der Hysterie sind sie meist (nicht stets!) symmetrisch ausgebildet. Mit dem Verlauf der grossen Nervenstämme haben sie nichts zu thun. Eine der häufigsten Druckempfindlichkeiten ist diejenige der Dornfortsätze der Wirbel, die sog. Spinalirritation. Früher bezeichnete man das ganze neurasthenische Krankheitsbild auch geradezu als Spinalirritation. Ueber die Localisation der einzelnen Druckpunkte sind die Lehrbücher der Neuropathologie sowie der einschlägige Abschnitt der allgemeinen Symptomatologie nachzulesen.

Eine nicht seltene Complication des neurasthenischen Irreseins stellt die Migräne dar.

Vorstellungen. Der Vorstellungsablauf der Neurastheniker zeigt fast stets erhebliche Störungen. Dieselben entbehren jedoch des einheitlichen Charakters, wie wir ihn bei der Melancholie und der Manie finden. Schon der Act der Aufmerksamkeit ist gestört. Es fehlt dem Neurastheniker an Concentrationsfähigkeit. Sein Vorstellungsablauf wird selten längere Zeit von einer Empfindung resp. einem Empfindungscomplex beherrscht. Zwischenvorstellungen oder gleichzeitige Empfindungen stören ihn beim Aufmerken fortgesetzt. Später, wenn hypochondrische Wahnvorstellungen sich gebildet haben, kommt es zu einer einseitigen Concentration der Aufmerksamkeit auf das eigene körperliche Befinden. Aehnliche Störungen machen sich auch im Vorstellungsablauf geltend. Der Neurastheniker vermag einen Gedankengang nicht längere Zeit festzuhalten und zu verfolgen. Zwischenvorstellungen und Zwischenempfindungen stören auch den Gang der Ideenassociation fortwährend. Bei dem Gesunden beherrscht eine Zielvorstellung eine längere Vorstellungsreihe, bei dem Neurastheniker sind solche Zielvorstellungen nicht vorhanden oder ganz ohnmächtig. Zuweilen kommt es in Folge dessen zu einer vollständigen Incohärenz des Vorstellungsablaufs. Der Kranke vermag keinen Gedanken zu Ende zu denken. Zu dieser Incohärenz kommen Störungen in der Geschwindigkeit der Ideenassociation hinzu. Bald überstürzt sich das Denken im Sinn einer Ideenflucht bald reisst der Gedankenfaden „wie vor einer Barrière" ab (im Sinne einer Denkhemmung). Gerade dieser Wechsel der formalen Associationsstörung ist für die Neurasthenie charakteristisch. Bald überwiegt die krankhafte Beschleunigung, bald die krankhafte

Hemmung. Der Kranke drückt dies auch häufig so aus, dass er klagt, er habe die Herrschaft über sein Denken verloren. Diese Klage bedeutet nichts anderes, als dass die Ideenassociation ihre normale Geschwindigkeit und ihre Abhängigkeit von Zielvorstellungen verloren hat. Der Kranke fühlt diese Erschwerung seines Denkens, er spannt die sog. Intentionsmuskeln auf das Höchste an, um seine Zielvorstellung zu verfolgen, indess vergebens: zu der Störung der Ideenassociation tritt nun das quälende Gefühl des Kopfdruckes hinzu. — Im weiteren Verlauf kann es auch zu ausgesprochenem Zwangsdenken kommen. Schon bei den leichten Formen ist dies insofern angedeutet, als der Kranke gewisse Erlebnisse nicht vergessen kann. Namentlich Nachts quälen ihn die Nachbilder der Scenen, die er am Tage gesehen, und der Worte, die er gehört. In anderen Fällen sind es Reminiscenzen aus der Längstvergangenheit, die den Kranken nicht loslassen. Kommt es zur Entwickelung hypochondrischer Vorstellungen, so engt sich das ganze Denken des Kranken auf Grübeleien über seinen körperlichen Zustand ein.

Der Inhalt der Vorstellungen des Neurasthenikers bleibt zunächst durchaus normal. Er ist sich der Krankhaftigkeit seiner Affect- und Associationsstörungen durchaus bewusst. Erst nach und nach stellen sich auch inhaltliche Störungen ein. Diese gehören bald den sogenannten Zwangsvorstellungen an — das neurasthenische Irresein geht in das an andrer Stelle ausführlich beschriebene Irresein aus Zwangsvorstellungen über — bald entwickeln sich wirkliche Wahnvorstellungen. Es entspricht nun durchaus der eigenartigen Affectstörung, der Neurasthenie, dass diese secundären Wahnvorstellungen fast niemals wie bei der Melancholie den Charakter der Selbstanklage tragen. Der Neurastheniker ergeht sich nicht in Versündigungsideen, sondern seine ersten Wahnvorstellungen sind fast stets hypochondrischen Inhalts. In seinen pathologischen Sensationen, in seinen Associationsstörungen und in den weiter unten anzuführenden körperlichen Symptomen im engeren Sinne findet er zahllose Anknüpfungspunkte für hypochondrische Wahnvorstellungen. An Gehirnerweichung, Hirntumor, Herzfehler, Tabes u. s. w. fürchtet er zu leiden, je nachdem seine Aufmerksamkeit mehr auf seinen Kopfdruck oder auf seine vasomotorischen Störungen (s. u.) oder auf seine Spinalirritation u. s. w. gerichtet ist und auch je nachdem Lectüre, Gespräche u. s. f. ihm den Gedanken an diese oder jene Krankheit näher gelegt haben. Man bezeichnet diese Weiterentwickelung der Neurasthenie auch als hypochondrische Neurasthenie. Die für die hypochondrische Neurasthenie charakteristischen hypochondrischen Vorstellungen entwickeln sich meist allmählich. Zunächst haben sie noch garnicht die Dignität von Wahnvorstellungen: so unrichtig sie auch, objectiv genom-

men, sind, so hahen sie zunächst doch eine ausreichende snhjective Motivirung in den schweren, thatsächlichen neurasthenischen Beschwerden. Erst ganz allmählich machen sich die hypochondrischen Vorstellungen unabhängig von den Symptomen, an welche sie zunächst anknüpften, nnd können dann als echte Wahnvorstellungen gelten. Diese hypochondrischen Vorstellungskreise beeinflussen das Krankheitsbild insofern wesentlich, als sie zu einer secundären Depression und Angst führen. Der secnndäre Charakter dieser Depression und Angst des hypochondrischen Neurasthenikers spricht sich anch darin aus, dass die Depression und Angst des neurasthenischen Hypochonders selten continuirlich ist, vielmehr sofort nachlässt, sobald vorübergehend die neurasthenischen Beschwerden nachlassen oder durch Geselligkeit sein Denken von den hypochondrischen Vorstellungen abgelenkt wird. Dass zu den hypochondrischen Vorstellnngen des Neurasthenikers später auch Wahnideen der Verfolgung und selbst Grössenideen hinzutreten können, wird hei der Darstellung des Verlaufs des neurasthenischen Irreseins zur Sprache kommen.

Handlungen. Dieselben Associationsstörungen, welche den Vorstellnngsablauf hefallen, beeinflussen anch die Handlnngen. Der Neurastheniker vermag seine Thätigkeit ebensowenig wie sein Denken zu concentriren. Er zersplittert sich und schweift von einer Thätigkeit zur anderen ah. Bald arbeitet er überhastig, hald versagt seine Thatkraft vollständig. Dazn kommt der Einfluss der Affectstörungen. Der Kranke fühlt sich in keiner Thätigkeit und in keinem Beruf zufrieden. Seine Unmnthsaffekte reissen ihn zu allerhand Handlnngen des Jähzorns hin: er misshandelt seine Angehörigen, zerstört Mobiliar, stösst Drohungen und Schimpfworte aus, verwickelt sich in Anklagen und Processe, kündigt unüherlegt Stellungen und Freundschaften auf. Viele suchen Betänhung in Alkoholexcessen und namentlich auch in nnmässigem Rauchen. Wenn vorübergehend die reizhare Verstimmung nachlässt oder die Geselligkeit den Kranken fortreisst, kann er die ausgelassensten Streiche verüben nnd an den tollsten Excessen theilnehmen. Gewinnen hypochondrische Vorstellungen die Oberhand, so kann sich das typische Gehahren des Hypochonders einstellen, wie wir es früher geschildert hahen. Bei weiblichen Individneu kommt es zu fortwährendem Dienstbotenwechsel. Der eheliche Friede leidet ebenso wie die Erziehung der Kinder. In den niederen Volksschichten führt die Neurasthenie nicht selten zur Vagabundage, und die neurasthenischen Symptome pflegen dann schliesslich von den Veränderungen, welche die Landstreicherei an Körper und Seele hervorbringt, völlig verdeckt zu werden.

Selbstverständlich wird anch die Leistnngsfähigkeit der Nenrastheniker in hohem Maasse durch die oheu erwähnten ahnormen Ermüdungs-

sensationen sowie namentlich durch die thatsächliche abnorm rasche Erschöpfung des motorischen Apparats, welche unten noch besprochen werden wird, beeinträchtigt.

Körperliche Symptome. Der Schlaf der Neurasthenischen ist fast stets mangelhaft. Agrypnie ist nicht selten eines der frühesten Krankheitssymptome. Bald lassen den Kranken seine motorische Unruhe, seine Gedankenunruhe und seine reizbare Verstimmung nicht schlafen bald ist die Schlaflosigkeit völlig primär. Jedenfalls machen sich in den schlaflosen Nächten die quälenden Symptome der Neurasthenie doppelt bemerkbar: Nachbilder, Reminiscenzen, hypnagogische Visionen, Ohrgeräusche, Zwangsvorstellungen und hypochondrische Gedanken können zu einem wahren Hexensabbath führen. Bald jagen sich die Vorstellungen ohne jeden Zusammenhang, bald klebt die Association an einer Vorstellung fest, bald reisst der Faden ganz ab. Dazu kommt die durch Parästhesien und Unmuthsaffecte gesteigerte motorische Unruhe. Statt des normalen Schlafes stellt sich zuweilen auch ein fortgesetzter Halbschlaf ein. Das Traumleben ist oft excessiv gesteigert. Damit hängt es denn auch zum Theil zusammen, dass selbst nach einer leidlich durchschlafenen Nacht die Kranken sich garnicht erquickt fühlen. Viele Kranke fühlen sich nach einer guten Nacht geradezu doppelt elend.

Die Ernährung der Neurasthenischen leidet gleichfalls sehr oft erheblich. Doch beobachtet man gelegentlich auch die qualvollsten Formen der Neurasthenie bei sehr wohlgenährten Individuen. Es sind Abmagerungen bei Erwachsenen bis auf 30 Kilo und weniger bekannt. Die Gewichtsabnahme im Laufe der Erkrankung beläuft sich sehr oft auf 10—20 Kilo, zuweilen auf noch mehr. Diese Ernährungsstörungen beruhen häufig auf mangelhafter Nahrungsaufnahme und letztere bald auf dem Fehlen des Hungergefühls bald auf dem Fehlen des Appetitgefühls. In letzterem Falle spricht man von neurasthenischer Anorexie. Gefördert wird diese Anorexie häufig durch leichte chronische Magenkatarrhe, wie sie die Neurasthenie sehr häufig begleiten. Nicht selten ist auch die Salzsäuresecretion der Magenschleimhaut gestört (bald Hyperbald Hypochlorhydrie), desgleichen öfters die Motilität des Magenmuskels. Beides trägt zur Entstehung von Magenbeschwerden (namentlich in Folge abnorm langen Verweilens der Speisen im Magen) und Magenkatarrhen bei. Dazu kommen Störungen in der Darminnervation, bald überwiegt chronische Obstipation (mit oder ohne chronischen Darmkatarrh) bald überwiegen Durchfälle, bald besteht ein unregelmässiger Wechsel zwischen Obstipation und Durchfällen. Den Gesammtcomplex dieser Symptome von Seiten des Digestionstracts, zu dem endlich namentlich noch der pelzige Belag der Zunge zu rechnen ist, hat man

oft in unzweckmässiger Weise als **nervöse Dyspepsie** bezeichnet. Jedenfalls erklärt sich aus den angeführten Innervationsstörungen in ausreichender Weise, weshalb die Ernährung bei der Neurasthenie oft so sehr darniederliegt. Ob daneben auch noch der Stoffwechsel als solcher gestört ist, ist noch nicht mit genügender Genauigkeit festgestellt.

Vasomotorische Störungen kommen bald neben den soeben erörterten Digestionsstörungen vor, bald ohne dieselben. In letzterem Falle hat man von „vasomotorischer Neurasthenie“ gesprochen. Die vasomotorischen Störungen beschränken sich zuweilen auf dauernde oder anfallsweise auftretende Tachykardie.[1]) Häufig kommt hierzu eine eigenartige Unregelmässigkeit des Pulsschlags: die Frequenz der Pulsschläge und ihre Wellenhöhe ist einem unregelmässigen Wechsel unterworfen. Von der Arhythmie, wie sie bei **organischen** Herz- und Gefässerkrankungen beobachtet wird, unterscheidet sich diese neurasthenische Arhythmie sehr bestimmt dadurch, dass bei letzterer jede abnorme Beschleunigung oder Verlangsamung der Herzthätigkeit und jede abnorme Erhöhung oder Erniedrigung der Pulswelle sich über eine grössere Reihe (mindestens 6 bis 10) Pulsschläge verfolgen lässt. Ein Aussetzen nur eines oder nur zweier Pulsschläge gehört bei der Neurasthenie, vorausgesetzt dass Complicationen z. B. mit Atheromatose fehlen, zu den allergrössten Seltenheiten. Differentialdiagnostisch ist dies von erheblichster Bedeutung. Meist treten auch die Störungen der Geschwindigkeit und die Veränderungen der Wellenhöhe bei der Neurasthenie nicht so unvermittelt auf wie bei organischen Erkrankungen des Circulationsapparats: so folgt z. B. eine tachykardische Reihe von Pulsschlägen nicht ganz plötzlich auf eine bradykardische oder normalschnelle Reihe, sondern man fühlt, wie die Geschwindigkeit sich von Schlag zu Schlag allmählich steigert, bis die volle Tachykardie erreicht ist.

Die Pulsform variirt im Einzelnen sehr. Am häufigsten fällt im Sphygmogramm die tiefe Einsenkung vor der dikroten Elevation auf. Die Dikrotie erscheint dadurch stark gesteigert. Die erste Elasticitätselevation ist eher schwach. Jedenfalls ist der Contractionszustand der peripheren Arterien ungemein schwankend. Ein leichter Sinnesreiz oder Affect genügt bald krampfartige Contraction bald lähmungsartige Erweiterung der Arterien hervorzurufen. Hiermit hängt auch die abnorme Neigung dieser Neurastheniker zum Erröthen sowie die selten fehlende Steigerung des vasomotorischen Nachröthens zusammen.

Die tachykardischen Anfälle der Neurasthenie sind auch insofern be-

[1]) Bradykardie deutet **fast stets** auf eine Complication mit Herzerkrankung (Myocarditis) oder Arterienerkrankung.

merkenswerth, als sie oft von einem ausgeprägten Gefühlston der Angst begleitet sind.

Die *Pupillen* der Neurastheniker sind häufig erweitert, die Lichtreactionen prompt, aber oft sehr wenig ausgiebig und sehr wenig nachhaltig.

Die *grobe motorische Kraft* der Extremitäten ist herabgesetzt, und zwar äussert sich diese Herabsetzung weniger in der Geringfügigkeit der momentanen Leistung als in der raschen Erschöpfung der Leistungsfähigkeit. Verfolgt man die Abnahme der Leistungsfähigkeit genauer mittelst eines Dynamometers, so beobachtet man, dass auch im Stadium der Erschöpfung der Kranke — im Gegensatz zu den mit organischer Parese Behafteten — bei Aufbietung aller Energie momentan wieder hohe Druckwerthe erreicht; diese Wiederkehr der Leistungsfähigkeit ist nur momentan, jedenfalls soll man in Anbetracht derselben bei Neurasthenikern stets eine fortlaufende Reihe von dynamometrischen Druckwerthen (etwa in Zwischenräumen von 25″) aufnehmen.

Diese abnorme Erschöpfbarkeit der motorischen Innervationen äussert sich auch beim Sprechen, Schreiben, Gehen und Stehen. Stimme, Hand und Füsse versagen nach kurzen Anstrengungen. Instinktiv sucht sich der Neurasthenische anzulehnen, wenn er nur einige Augenblicke stehen muss. Ganz besonders sind auch die sog. Accomodations- und Intentionsmuskeln betroffen. Es giebt Neurastheniker, welche kaum 10 Zeilen hintereinander lesen können, weil der Ciliarmuskel und die Musculi recti interni versagen. Die Kranken klagen dann, dass die Buchstaben vor ihren Augen verschwimmen und dass ein Ermüdungsschmerz in den Augen sich einstellt. Mitunter kommt es sogar zu Doppelbildern, indem eine leichte congenitale Differenz der Innervation der inneren Augenmuskeln bei zunehmender Ermüdung sich stärker geltend macht. Mitunter mag dies neurasthenische Doppelsehen auch darauf beruhen, dass die corticale Verschmelzung leicht getrennter Doppelbilder, welche der normalen, nicht ermüdeten Hirnrinde leicht gelingt, von der neurasthenischen, abnorm rasch erschöpften Hirnrinde nicht mehr zu Stande gebracht wird. — Die abnorm rasche Ermüdung der Intentionsmuskeln (M. frontalis, Nackenmuskeln), deren Innervation das angestrengte, sog. willkürliche Aufmerken und Denken begleitet, macht sich besonders stark geltend, da der Neurastheniker in dem Bemühen seine Associationsstörung zu überwinden gerade diese Muskeln besonders in Anspruch nimmt. Zu der Entstehung des oben erwähnten Kopfdrucks trägt dies natürlich viel bei.

Zu diesen Ermüdungsparesen des Neurasthenikers kommen noch andere Motilitätsstörungen hinzu, so namentlich oft ein lebhafter Tremor, der sich sowohl bei statischen Innervationen wie bei Bewegungen geltend

macht. Bald ist er direct ein Ermüdungsphänomen bald auf die affective Erregung zurückzuführen. In seltenen Fällen kommt es anch zu Coordinationsstörungen; dieselben machen sich erst dann geltend, wenn der Kranke längere Zeit eine motorische Leistung ohne Pause fortzusetzen gezwungen ist. Es kommt dann soweit, dass der Kranke fehlgreift und fehltritt, sich verspricht und verschreibt n. dgl. m. Anch hierbei wirkt die affective Erregung meist mit. Differentialdiagnostiscb sind diese Symptome sehr wichtig.

Die Sensibilitätsstörungen, Schmerzen nnd Druckpunkte wurden im Interesse der Uebersicbtlichkeit bereits unter den Störungen des Empfindungslebens, also nnter den psychischen Symptomen besprochen. Es sei nur noch erwähnt, dass das Gesichtsfeld intact ist; doch schwanken seine Grenzen unter dem Einfluss der Ermüdung in sehr auffälliger Weise.

Die Sehnenphänomene sind meist gesteigert, in manchen Fällen findet sich sogar beiderseitiger Fussklonus.

Die Hautreflexe sind zuweilen gesteigert, zuweilen normal, mitunter sogar berabgesetzt; fast stets sind sie auf beiden Seiten gleich (im Gegensatz zur Hysterie).

Besonderer Erwähnung bedarf endlich noch das sexuelle Leben des Neurasthenikers. Im Allgemeinen herrscbt sexuelle Uebererregbarkeit vor. Bei beiden Geschlechtern kommt es öfter zu Pollntionen, bei dem männlichen zu quälenden Priapismen. Sehr häufig geht Masturbation der Neurasthenie schon voraus, in anderen Fällen führt erst die Neurasthenie zu masturbatorischen Excessen. Sexuelle Frigidität findet sich fast nur bei schwer erblich belasteten Neurasthenikern. Dasselbe gilt von sexuellen Perversitäten. Impotenz — bald auf Grund der Erschöpfung durch sexuelle Excesse bald auf Grund hypochondrischer Vorstellungen — ist nicht selten.

Verlauf. Die Neurasthenie entsteht fast stets chronisch. Selten entwickeln sich ihre Symptome acnt im Anschlnss an eine heftige Gemüthserschütterung oder ein Trauma oder eine schwere fieberhafte Erkrankung. Bei der typischen Neurastbenie kann man zwei Stadien unterscheiden. Im ersten überwiegen die körperlichen Symptome, die krankhafte Reizbarkeit und die Associationsstörung, im zweiten treten Zwangsvorstellungen oder hypocbondrische Vorstellungen hinzu. Im Einzelnen ist die Reihenfolge und Combination der Symptome den allergrössten Schwankungen unterworfen.

Die Ausgänge der Neurasthenie sind:

1. Chronische Neurasthenie
2. Irresein durch Zwangsvorstellungen
3. Hypochondrische Paranoia
4. Hypochondrische Melancholie
5. Heilung.

Tod und secundäre Demenz kommen nicht vor; höchstens führt Inanition in sehr schweren Fällen bei unzweckmässiger Behandlung den Tod herbei. Heilung tritt höchstens in 20 % aller Fälle ein. Rückfälle sind häufig. Zum Theil beruht diese ungünstige Prognose darauf, dass die Kranken oft erst sehr spät in sachverständige ärztliche Behandlung eintreten. Bleibt Heilung aus, so kommt es meist zu einer chronischen Neurasthenie mit secundären hypochondrischen Vorstellungen und Zwangsvorstellungen. Seltener kommt es zu einer typischen hypochondrischen Paranoia (mit Verfolgungs- und ev. auch mit Grössenideen), etwas häufiger verdrängen die Zwangsvorstellungen die ursprünglichen neurasthenischen Symptome mehr und mehr, so dass ein typisches Irresein aus Zwangsvorstellungen sich entwickelt. Selten ist schliesslich der Ausgang in hypochondrische Melancholie; derselbe vollzieht sich, indem zu den neurasthenischen Symptomen und hypochondrischen Vorstellungen eine primäre, selbstständige Depression und Angst hinzutritt.

Varietäten. In vielen Beziehungen nimmt das neurasthenische Irresein eine centrale Stellung ein. In seinen zahlreichen Varietäten bietet es Uebergänge und Beziehungen zu fast allen Psychosen dar. Dazu kommt, dass diejenige psychische und körperliche Veränderung, welche wir in der allgemeinen Pathologie als neuropsychopathische Constitution kennen lernten, ungemein häufig unter dem Bilde der Neurasthenie sich äussert. So ist die neuropsychopathische Constitution, welche Kopftraumen, geistige Ueberanstrengungen, sexuelle Excesse, Heerderkrankungen des Gehirns hervorrufen, mit der Neurasthenie in wesentlichen Punkten identisch. So wird es verständlich, dass viele Psychosen sich geradezu auf dem Boden der Neurasthenie entwickeln. Namentlich gilt dies von den chronischen Psychosen. Von diesem Standpunkt aus erscheint die Neurasthenie geradezu als die Stammmutter zahlreicher Psychosen und Psychoneurosen.

Die wichtigsten Varietäten des neurasthenischen Irreseins sind, abgesehen von der schon besprochenen Weiterentwicklung zu hypochondrischen Vorstellungen und Zwangsvorstellungen folgende:

1. Die depressive Form. Bei dieser treten von Anfang an oder schon sehr früh neben der reizbaren Verstimmung primäre Angstaffecte und primäre Depression auf. Offenbar handelt es sich hier um eine Uebergangsform zur Melancholie. Namentlich im jugendlichen Alter begegnet man ihr sehr häufig. Auch auf dem Boden der Hysterie ist sie nicht selten.

2. Die paranoische Form. Bei dieser ist die reizbare Verstimmung zwar das früheste und dominirende Symptom, aber es fällt auf, dass die hypochondrischen Wahnvorstellungen schon sehr frühe und sehr selbstständig auftreten sowie dass ein unbestimmtes Misstrauen, welches den

späteren Verfolgungswahn gewissermaassen ankündigt, schon frühe der affectiven Reizbarkeit beigemischt ist.

3. Die Neurasthenie mit frühen Zwangsvorstellungen. Während die typische Neurasthenie überhaupt nicht oder erst in einem zweiten Stadium zu Zwangsvorstellungen führt, sind bei dieser Varietät schon sehr frühe neben der dominirenden reizbaren Verstimmung Zwangsvorstellungen vorhanden. Namentlich auf dem Boden der erblichen Degeneration ist diese Uebergangsform von der typischen Neurasthenie zu dem typischen Irresein aus Zwangsvorstellungen sehr häufig. Die Prognose dieser Varietät sowie der unter 2 aufgeführten ist im Gegensatz zu derjenigen der depressiven Form sehr ungünstig.

4. Die stupide Form. Hier überwiegt unter den Störungen der Ideenassociation entschieden die Denkhemmung. Neben der reizbaren Verstimmung macht sich eine merkliche Apathie geltend. Die Kranken klagen, dass „sie sich nur noch ärgern, aber nicht mehr froh und nicht mehr traurig sein könnten“. Diese Varietät, welche offenbar eine Uebergangsform von der typischen Neurasthenie zur Stupidität darstellt, ist ebenso wie die depressive Form im jugendlichen Alter am häufigsten. Ihre Prognose ist eher günstiger als diejenige der typischen Neurasthenie.

Auf Grund der somatischen Symptome der Neurasthenie könnte man noch manche andere Varietät unterscheiden.[1]) Da solche Varietäten jedoch mehr in das Gebiet der Neuropathologie als in dasjenige der Psychopathologie gehören, werden sie hier übergangen.

Aetiologie. Erbliche Belastung spielt bei dem neurasthenischen Irresein eine geringere Rolle als bei den meisten anderen Psychosen. Nur in etwa 35 % aller Fälle ist sie nachweisbar. Die Neurasthenie ist relativ häufig eine ohne vorausgegangene Prädisposition erworbene Krankheit. Da andererseits ihr belastender Einfluss auf die Descendenz meist sehr erheblich ist, so wird es begreiflich, dass in den Stammbäumen der verschiedenen Psychosen verhältnissmässig oft die Neurasthenie eines Ascendenten zuerst in die Familie die Belastung hineinträgt. Auch in dieser Beziehung erscheint die Neurasthenie oft als die Stammmutter der „famille névropathique et psychopathique“, wie französische Psychiater es ausgedrückt haben.

Fast alle intra vitam einwirkenden Schädlichkeiten können gelegentlich eine Neurasthenie hervorrufen. An dieser Stelle sollen nur die wirksamsten und häufigsten aufgeführt werden:

a) Intellectuelle Ueberarbeitung. Hierher gehört z. B. die Neurasthenie der Gymnasiasten, Studenten und Gelehrten.

---

[1]) So sei z. B. nur an die Uebergangsformen zwischen Neurasthenie und Hysterie erinnert.

b) Affective Erregungen. Es ist kein Zufall, das gerade diejenigen Individuen, deren Thätigkeit verantwortungsvoll ist, besonders oft an Neurasthenie erkranken. Zu den intellectuellen Strapazen kommen die affectiven Strapazen hinzu. In vielen anderen Fällen sind es die unmittelbaren Sorgen im Kampf um's Dasein, welche das Gleichgewicht des Nervensystems stören. Aerger über Untergebene, Zurücksetzungen und Kränkungen seitens Vorgesetzter, politische und sociale Konflikte, Geschäfts- und Nahrungssorgen, häusliche Differenzen, Prozesse und litterarische Streitigkeiten sind bald einzeln bald in mannichfachen Combinationen wirksam.

c) Sexuelle Excesse. Unter diesen steht die Masturbation obenan. Gewiss ist dieselbe häufig bereits ein Symptom einer neuropathischen Constitution, gewiss ist dieselbe ferner auch bei solchen Individuen, welche niemals irgendwie erkranken, ungemein häufig; ebenso gewiss ist jedoch auch, dass in einer nicht kleinen Reihe von Fällen die Masturbation die Entstehung von Psychosen begünstigt. Unter diesen Psychosen ist neben der Melancholie und Paranoia in erster Linie auch die Neurasthenie zu nennen. Freilich ist die Masturbation fast niemals die einzige Ursache einer Neurasthenie, aber ihre Mitwirkung ist oft unverkennbar.

d. Alkoholexcesse. Der chronische Alkoholismus führt weitaus am häufigsten zu der in der allgemeinen Aetiologie beschriebenen psychischen alkoholistischen Degeneration. Gelegentlich beobachtet man jedoch auch statt oder neben derselben eine ausgesprochene Alkoholneurasthenie. Gerade diese Alkoholneurasthenie ist oft schon sehr frühe mit Zwangsvorstellungen verknüpft.

e. Traumen. Seit der Unfallgesetzgebung ist die sog. „traumatische Psychoneurose“ sehr häufig Gegenstand der Beobachtung und Behandlung geworden. Sieht man von den Fällen ab, wo das Trauma eine Hysterie oder eine schwerere Psychose erzeugt, so bleiben noch immer mindestens $^2/_3$ aller Fälle für die traumatische Neurasthenie übrig. In der Regel tritt die letztere unter dem Bild der hypochondrischen Neurasthenie auf. Doch können auch hypochondrische Vorstellungen zuweilen völlig fehlen. Die Localisation des Traumas bedingt sehr häufig eine eigenartige Modification des Krankheitsbildes. Nicht selten leitet eine Topalgie, welche dem Angriffsort des Traumas entspricht, die Neurasthenie ein. Man hat in diesen und ähnlichen Fällen geradezu von einer „localen peripherischen Neurasthenie“ gesprochen.[1]) Auf die Topalgie folgen erst weiterhin die übrigen typischen Symptome des neu-

[1]) Eine solche locale peripherische Neurasthenie mit entsprechender Topalgie kann sich z. B. auch an ein Ulcus ventriculi, an eine Dysenterie, einen Typhus, eine hartnäckige Conjunctivitis u. dgl. anschliessen.

rasthenischen Irreseins. Unzweifelhaft wirken bei der Entstehung dieser traumatischen Neurasthenie ausser dem directen mechanischen Effect des Traumas (Schmerz, Erschütterung u. s. w.) auch allerhand Affecte und Vorstellungen mit, so namentlich die Sorge um die Wiederkehr der Arbeitsfähigkeit und die durch die heutige Unfallgesetzgebung geradezu provocirte Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf das Trauma und seine Folgesymptome. Dies führt die Kranken auch zu unbewussten Uebertreibungen ihrer Krankheitserscheinungen. Andrerseits lassen sich die Kranken durch die Furcht, keine oder eine zu niedrige Rente zu erhalten, und durch das Bestreben, ihren Unfall zur Erlangung einer möglichst hohen Rente zu fructificiren, auch verleiten in bewusster Weise ihre Symptome zu übertreiben und oft auch neue Symptome geradezu hinzuzusimuliren.

f. Constitutionelle bezw. chronische Krankheiten. Soweit solche eine allgemeine Ernährungsstörung bedingen, können sie zur Neurasthenie führen. So erscheint denn die Neurasthenie häufig als Begleitkrankheit eines chronischen allgemeinen Siechthums. So kann z. B. die Syphiliskachexie das typische Bild einer Neurasthenie hervorrufen. Besonders führen auch chronische Erkrankungen des Digestionstractes oft zu Neurasthenie. Die constitutionelle Anaemie in ihren verschiedenen Formen spielt namentlich bei der Neurasthenie des zweiten und dritten Lebensjahrzehnts eine grosse Rolle.

g. Acute Krankheiten. Die schwere Ernährungsstörung, welche ein Typhus, ein Empyem u. s. f. hinterlässt, kann gleichfalls eine Störung im Nervensystem bedingen, welche sich garnicht oder sehr langsam ausgleicht und sich in den Symptomen der Neurasthenie äussert.

Ausser der Ernährungsstörung sind in diesen und in den unter f erwähnten Fällen oft auch periphere Reize wirksam, deren dauernde Einwirkung das Nervensystem schädigt. So kann eine Lageveränderung des Uterus oder eine chronische Endometritis oder die Narbe eines Typhusgeschwürs auch auf diesem Wege — ganz abgesehen von der Ernährungsstörung — eine Neurasthenie hervorbringen (vergl. auch Anm. auf der vorigen Seite).

h. Puerperale Schädigungen: Gehäufte Geburten, protrahirte Lactation.

Diagnose. In Anbetracht der eigenartigen centralen Stellung, welche oben für die Neurasthenie nachgewiesen wurde, wird man von Anfang an auf zahlreiche Uebergangsformen gefasst sein müssen. Am wichtigsten sind folgende Unterscheidungen:

1. von der hypochondrischen Melancholie. Der typischen Neurasthenie fehlt die primäre Depression und Angst des hypochondrischen Melancholikers. Der Neurastheniker ist in erster

Linie nicht traurig und ängstlich, sondern ärgerlich und missmuthig. Erst später stellen sich mit den hypochondrischen Vorstellungen auch Depression und Angst, aber secundär, ein. Das Schlussbild ist dann allerdings ein sehr ähnliches. Doch bleibt insofern immer noch ein Unterschied, als der hypochondrische Melancholiker niemals heiter zu sein vermag, während, wie oben erwähnt, der hypochondrische Neurastheniker gelegentlich noch ausgelassen lustig ist.

2. von der hypochondrischen Paranoia. Diese beginnt direct mit wahnhaften Ausdeutungen der Beobachtungen, welche der Kranke an seinem eigenen Körper macht. Die affective Reizbarkeit des Neurasthenikers fehlt oder ist ganz nebensächlich. Der Neurastheniker bleibt zunächst immer noch theilweise über seinen hypochondrischen Vorstellungen stehen, der Paranoiker geht in ihnen auf. Bei Ersterem bleibt lange Zeit das Verhältniss zwischen den hypochondrischen Vorstellungen und den subjectiven Beschwerden des Kranken ein annähernd physiologisches, bei dem Letzteren stehen von Anfang an die hypochondrischen Wahnvorstellungen ausser allem Verhältniss zu den Beschwerden des Kranken. Zudem nehmen die Sensationen des hypochondrischen Paranoikers schon früh den Character echter Illusionen und Hallucinationen an. Der Paranoiker, welcher an eine leichte thatsächliche Abmagerung die Wahnvorstellung schwindsüchtig zu sein geknüpft hat, fühlt, wie sein Rücken sich verschmälert, sein Leib einfällt und seine Glieder schrumpfen. Der Neurastheniker deutet eine leichte thatsächliche Abmagerung schliesslich auch als „beginnende Schwindsucht“, er beruft sich dabei vielleicht auch auf Topalgien und Paraesthesien in der Brust und im Rücken. Darauf aber beschränkt sich die Empfindungsstörung. Die Paraesthesien halten sich in engen Grenzen.*) Bei dem Paranoiker sind daraus complicirte Illusionen und Hallucinationen geworden, welche bei dem Aufbau der hypochondrischen Vorstellungen wesentlich mitwirken. Weiterhin ist bei der hypochondrischen Paranoia von Anfang an ein pathologisches Misstrauen vorhanden, welches schon frühe in Verfolgungsideen formulirt wird. Der Kranke äussert: „Ich werde krank gemacht“.

Nun ist allerdings zuzugeben, dass diese Abgrenzung der hypochondrischen Neurasthenie von der hypochondrischen Melancholie und der hypochondrischen Paranoia keine absolut scharfe ist. Das Zustandsbild kann in gewissen Phasen bei allen drei Krankheiten sehr ähnlich sein. Auch wurde ausdrücklich hervorgehoben, dass die hypochondrische

*) Man darf sich nur durch die Vergleiche und Ausmalungen, in welchen sich die Neurastheniker bei der Schilderung ihrer Paraesthesien und Topalgien gefallen, nicht zu einer irrthümlichen Annahme von Illusionen oder Hallucinationen verleiten lassen.

Neurasthenie in ihrem weiteren Verlauf einerseits in die hypochondrische Melancholie und andererseits in hypochondrische Paranoia übergehen kann; ferner wurde erwähnt, dass Zwischeuformen einerseits zwischen der hypochondrischen Neurasthenie und der hypochondrischen Melancholie und andererseits zwischen ersterer und der hypochondrischen Paranoia existiren. Auf Grund dieser Thatsachen hat man oft eine besondere Krankheitsform aufgestellt, welche man als Hypochondrie bezeichnete. Als Hauptsymptome derselben führte man an: pathologische Empfindungen (Paraesthesien u. dgl.), hypochondrische Vorstellungen, einseitige Concentration des Denkens auf den Gesundheitszustand des eigenen Körpers, traurigreizbare Verstimmung und endlich rückwirkende Beeinflussung des Empfindungslebens und der Bewegungen durch die Vorstellungen (vgl. S. 117 und 160). Offenbar stellt dieser Symptomencomplex lediglich ein Zustandsbild dar, welches im Verlauf der verschiedensten Krankheiten vorkommen kann. Die genauere Betrachtung lehrt, dass nicht nur die Entwicklung, sondern auch der psychologische Connex der Symptome, Verlauf, Prognose und therapeutische Indicationen bei den einzelnen hypochondrischen Zuständen sehr verschieden sind. Die Hypochondrie ist somit keine Krankheitsform, sondern ein Krankheitszustand.

3. von dem Irresein aus Zwangsvorstellungen. Die enge Verwandtschaft desselben mit der Neurasthenie wurde bereits mehrfach betont. Die typische Neurasthenie führt garnicht oder erst in ihrem späteren Verlauf zu Zwangsvorstellungen, das typische Irresein aus Zwangsvorstellungen entwickelt sich unabhängig von der für die Neurasthenie characteristischen reizbaren Verstimmung und unabhängig von neurasthenischen Paraesthesien.

4. von der Dementia paralytica. Die Beschwerden der letzteren im Initialstadium ähneln denjenigen der Neurasthenie in hohem Maasse. Nur eine sehr genaue körperliche Untersuchung kann sicher vor Verwechslungen schützen. Die beginnende Dementia paralytica verräth sich bald durch Pupillenstarre, bald durch Fehlen der Kniephänomene oder Achillessehnenphänomene, bald durch einseitige Steigerung derselben, bald durch allgemeine cutane Hypalgesie, bald durch Paresen des Mundfacialis, bald durch hesitirende Sprache. Da Syphilis in der Aetiologie der Dementia paralytica eine sehr erheblich grössere Rolle spielt als in derjenigen der Neurasthenie, wird man bei einem Syphilitiker mit der Diagnose einer Neurasthenie doppelt vorsichtig sein. Wichtig ist auch die anamnestische Feststellung sog. paralytischer Anfälle. Die psychische Untersuchung liefert dem Erfahrenen weitere Merkmale. Das Krankheitsbewusstsein des Paralytikers ist verschoben, oft fehlt es völlig. In seinen Urtheilen verräth sich allenthalben Kritiklosigkeit, in seinen Handlungen Taktlosigkeit. Oft irrt er sich ganz

auffällig in der Angabe des Datums. Alles dies trifft bei dem Neurastheniker nicht zu.*) Sehr vorsichtig muss man mit der Verwerthung der Gedächtnissprüfung sein. Auch der Neurastheniker beantwortet oft einfache Fragen in Folge seiner Associationsstörungen langsam oder gar nicht. Man muss sich hüten, in solchem Falle ohne Weiteres die Gedächtnissschwäche des Paralytikers anzunehmen.

Ist es zur Entwicklung hypochondrischer Wahnvorstellungen gekommen, so liegt die Verwechslung mit dem depressiven oder hypochondrischen Stadium der Dementia paralytica nahe. Hier kommen differentialdiagnostisch — abgesehen von dem körperlichen Befund — alle die Merkmale in Betracht, welche bei Besprechung der Diagnose der Melancholie als characteristisch für die Wahnideen des paralytischen Hypochonders angegeben wurden.

5. von der Hysterie resp. der psychischen hysterischen Degeneration. Entscheidend ist die körperliche Untersuchung. Man fahnde stets auf die Cardinalsymptome der Hysterie (Krampfanfälle, hysterogene Zonen, halbseitige Druckpunkte, gemischte Hemianästhesie, Anästhesie en plaques oder mit sog. manschettenförmiger Abgrenzung, concentrische Gesichtsfeldeinengung, Dyschromatopsie, hysterische Lähmungen und Contracturen). Auf psychischem Gebiet ist die Labilität der Affecte das beste Kriterium der Hysterie gegenüber der Neurasthenie. Namentlich beim weiblichen Geschlecht sind Zwischenformen zwischen Neurasthenie und Hysterie nicht selten.

6. von den Vorstadien mancher Psychosen. So kommt z. B. bei der acuten hallucinatorischen Paranoia, bei der acuten incohärenten Paranoia und namentlich bei der Manie sehr oft ein neurasthenisch-hypochondrisches Prodomalstadium vor. Erst der Verlauf giebt in diesen Fällen eine sichere Aufklärung.

Simulation der Neurasthenie ist seit der Unfallgesetzgebung ziemlich häufig geworden. In vielen Fällen handelt es sich allerdings nur um bewusstes oder unbewusstes Uebertreiben bezw. Hinzusimuliren. In einigen liegt vollständige Simulation vor. Von der körperlichen Untersuchung ist eine Entlarvung nicht zu erwarten. Das Wogen der entblössten Muskulatur, die Beschleunigung der Pulsfrequenz bei activen Bewegungen, die Veränderung des Gesichtsfeldes und der faradischen Erregbarkeit der Muskeln, welche man als beweisende Symptome für traumatische Neurasthenie ausgegeben hatte, haben sich bis jetzt nicht genügend bewährt. Man wird sich daher bemühen, jede einzelne angebliche Beschwerde des Kranken genau aufzunehmen und durch allerhand Vexir-

*) Wenn der Neurastheniker ja einmal taktlos ist, so beruht dies auf Jähzorn, nicht auf Urtheilsschwäche.

versuche (ev. durch leichtes Anchloroformiren) auf ihre Thatsächlichkeit zu prüfen. Gelingt es, ein einzelnes Symptom als übertrieben oder gar als simulirt nachzuweisen, so ist damit noch nicht über alle Symptome bezw. die ganze Krankheit entschieden (s. o.). Sehr wesentlich ist auch die Beachtung der Gruppirung und des Connexes der Symptome. Gerade hierin greift der Simulant oft fehl.

Therapie. Aus der Aetiologie und Symptomatologie ergeben sich in den meisten Fällen zunächst zwei Hauptindicationen für die Behandlung der Neurasthenie. Dem Kranken muss erstens intellectuelle und affective Ruhe verschafft und zweitens muss seine Ernährung gehoben werden. Der ersten Indication kann in der Regel nur dadurch Genüge geleistet werden, dass man den Kranken für mehrere Wochen oder Monate aus seinem Beruf und seiner Familie entfernt. In leichteren Fällen wird eine Einschränkung der Berufsthätigkeit und eine theilweise Fernhaltung von der Familie genügen. Die Hebung des Ernährungszustandes gelingt am sichersten, wenn man einerseits die Bettruhe vermehrt, ev. auch absolute Bettruhe anordnet, um so den Kräfteverbrauch möglichst einzuschränken, und wenn man andererseits die Nahrungsaufnahme möglichst steigert. Um diese Steigerung der Nahrungsaufnahme dem Kranken zu ermöglichen, fügt man zur intellectuellen, affectiven und körperlichen Ruhe und zur Ueberernährung eine regelmässige allgemeine Massage hinzu. So gelangt man dazu, bei vielen Neurasthenikern eine sog. Mastkur anzuordnen. Im Allgemeinen bewährt sich dieselbe in allen denjenigen Fällen, in welchen eine schwere Ernährungsstörung der Neurasthenie zu Grunde liegt oder sie auch nur begleitet. In anderen Fällen wird man von der allgemeinen Massage absehen und sie durch körperliche Spiele, Spaziergänge, Gartenarbeit und Gymnastik ersetzen. Dabei kommt sehr viel auf einen regelmässigen Wechsel von Ruhe und Bewegung bezw. Beschäftigung an. Auch der Neurastheniker muss streng nach einem vom Arzte vorgeschriebenen Stundenplane leben. In diesem ist halbstündlich oder stündlich zwischen Ruhe, körperlicher Arbeit und geistiger Arbeit abzuwechseln. Jedenfalls muss auf jede halbe Stunde körperlicher und ebenso auf jede halbe Stunde geistiger Arbeit mindestens je eine halbe Stunde absoluter körperlicher und geistiger Ruhe kommen. Die genauere Abmessung wird selbstverständlich von der Schwere des Einzelfalles abhängig sein. Ganz besonders empfehlenswerth ist regelmässiges Zeichnen und Excerpiren bei vielen Neurasthenischen, insbesondere bei solchen, wo stärkere Associationsstörungen bestehen.

In der Ernährung ist das Hauptgewicht auf Milch und Eier zu legen. Genaueres hierüber ist in der allgemeinen Therapie angegeben. Der Genuss von Spirituosen sowie Rauchen ist in den meisten Fällen zu verbieten.

Eine medicamentöse Behandlung ist — abgesehen von einigen unten zu erwähnenden symptomatischen Indicationen — im Allgemeinen nicht angezeigt. Vor methodischer regelmässiger Behandlung mit Opium und Brom ist zu warnen. Wenn die affective Erregharkeit trotz Bettruhe, Fernhaltung aller Reize und trotz der alsbald zu hesprechenden hydrotherapeutischen Maassregeln zu hohe Grade erreicht, so darf man eventuell eine einmalige Bromdosis (5 g Bromnatrium oder Bromammonium) oder, wenn Depression und Angst im Spiele sind, eine einmalige Opiumdosis (0,05 g Opium, am hesten mit 1,0 g Bromnatrium) geben. Die Gefahr der Opiophagie hezw. des Morphinismus ist bei Neurasthenie erhehlich grösser als bei Melancholie. Die Melancholie ist eine acute Psychose: mit ihrer Heilung, mit dem Schwinden der Angst wird dem Kranken selbst das Opium überflüssig; die Neurasthenie ist ein chronisches Leiden, daher die Gefahr der Gewöhnung.

Unter den hydrotherapeutischen Maassnahmen steht die laue hydropathische Einpackung und das warme prolongirte Bad obenan, wenn es sich darum handelt, eine bestehende affective Erregung zu heseitigen. Genaueres ist hierüber in der allgemeinen Therapie angegeben. Bald bewährt sich jene, bald dieses hesser. Allgemeingültige Indicationen lassen sich für die Wahl zwischen heiden nicht aufstellen. Dringend empfiehlt sich diese lauen Einpackungen und warmen prolongirten Bäder nur so lange fortzusetzen, als wirklich affective Erregungszustände bestehen. Die latente affective Erregharkeit wird viel zweckmässiger durch kalte Abwaschungen (mehrmals täglich) und eventuell auch durch kalte Bäder hekämpft. Man geht mit der Temperatur dieser Abwaschungen und Bäder allmählich herunter. Keinesfalls sind sie auf den Abend zu verlegen, während umgekehrt der Abend für die Einpackungen und warmen Bäder am zweckmässigsten ist. Mitunter empfiehlt sich eine Combination der verschiedenen Maassnahmen (s. allg. Therapie). Auch bei schweren Zornanfällen wirkt die kalte Abreibung oft im Sinne eines Gegenreizes sehr zweckmässig (so namentlich bei jugendlichen Individuen).

Zahllos sind die einzelnen symptomatischen Indicationen, welche der Arzt des Neurasthenikers zu erfüllen hat. Die Besprechung derselben gehört in das Gebiet der Neuropathologie. Es soll daher hier nur zweier Hauptsymptome, der Topalgien und der Schlaflosigkeit gedacht werden. Für heide verlangen die Kranken eine raschere Linderung, als sie das allgemeine Kurverfahren selbst bei sehr günstigem Erfolg zu erzielen vermag. Gegen die Topalgien empfiehlt sich entweder locale Anodenbehandlung (stabil mit schwachen Strömen) oder energische locale Faradisation. Auch Effleurage ist oft wirksam. Gegen die Schlaflosigkeit versuche man, wenn hydropathische Einpackungen und prolongirte Bäder versagen, zunächst Quergalvanisation des Kopfes ($1^1/_2$ M. A.) und

Effleurage der Stirn und des Hinterhauptes. Nur im Nothfall greife man zu Medicamenten. Am zweckmässigsten wendet man unter diesen zunächst das Sulfonal oder Trional an. Keinesfalls gebe man allabendlich ein Schlafmittel. Auch wechsele man mit den Mitteln, falls sich längere Zeit hindurch die Verabreichung von Schlafmitteln nothwendig erweist. Bei weiblichen Individuen reicht oft eine Flasche starken Bieres aus, um Schlaf zu erzielen.

Zu allen diesen therapeutischen Maassnahmen kommt nun als wichtigste noch die persönliche psychische Beeinflussung durch den Arzt hinzu. Die meisten Neurastheniker müssen geradezu vom Arzt erzogen werden und zwar sowohl zur Beherrschung ihrer Affecte, wie zu einem ruhigen, consequenten Denken und Handeln. Das Vertrauen des Neurasthenikers wird am besten durch ein geduldiges Anhören und eine gründliche Prüfung seiner Beschwerden, namentlich auch durch eine eingehende körperliche Untersuchung gewonnen. Gerade bei dieser Krankheit wird der Arzt auch genau sich über die Lebensverhältnisse und Interessenkreise seines Patienten unterrichten müssen. Bei keiner anderen Psychose ist die Krankheit so eng mit dem ganzen Leben des Kranken verwachsen. Nur wenn der Arzt den ganzen Menschen kennt, wird er den richtigen Weg für diese psychische Therapie finden. Diese psychische Therapie muss weiter eine beständige und stetige sein. Schon aus diesem Grunde wird man auch den Neurastheniker meist einer Anstalt, sei es der Nervenabtheilung einer Irrenanstalt, sei es einer speciellen Nervenheilanstalt überweisen. Nur wenn der Arzt im Hause wohnt und den Kranken mindestens zweimal täglich zu den verschiedensten Zeiten sieht, wird die psychische Behandlung in vollem Umfange durchführbar sein.

Pathologische Anatomie. Die pathologische Anatomie lässt uns bei der Neurasthenie ebenso wie bei der Melancholie und Manie im Stich. Nicht einmal vasomotorische Hypothesen haben Anhänger in erheblicher Zahl gefunden (Sympathicusneurose?). Es handelt sich, wie wir es meist ausdrücken, um ein functionelles Leiden. Am wahrscheinlichsten ist noch die Annahme, dass die Erholungsprocesse innerhalb der einzelnen Nervenelemente den Zersetzungsprocessen nicht mehr das Gleichgewicht halten und dadurch die Function der Elemente beeinträchtigt ist. Was für die einzelne Zelle und Faser gilt, gilt wahrscheinlich auch für das Faserbündel. Wir wissen, dass auch bei dem normalen Menschen fortwährend Fasern degeneriren und andere regenerirt werden. Bei dem Gesunden halten sich Degeneration und Regeneration das Gleichgewicht. Man könnte vermuthen, dass bei dem Neurastheniker dies Gleichgewicht gestört ist. Dabei ist natürlich keineswegs ausgeschlossen, dass nebenher auch vasomotorische Störungen wirksam sind.

2. Intellectuelle Psychosen.

a. Stupidität.

Die Stupidität (unzweckmässig auch „acute heilbare Demenz" genannt) ist eine Psychose, deren Hauptsymptom die mehr oder weniger vollständige Hemmung der ganzen Ideenassociation ist. Die Hemmung ist oft so ausgesprochen, dass von einer vollständigen Aufhebung der Ideenassociation gesprochen werden kann. Dass es sich dabei doch nur um Hemmung und nicht etwa um einen wirklichen Verlust von Erinnerungsbildern und associativen Verknüpfungen handelt, ergiebt sich daraus, dass der Kranke bei seiner völligen Genesung nicht etwa seine Erinnerungsbilder und Associationen neu erwerben muss: er tritt vielmehr mit dem Nachlass der Hemmung ohne Weiteres in seinen alten Besitzstand wieder ein. Ob zwischen der Denkhemmung der Melancholie und derjenigen der Stupidität auch ein qualitativer Unterschied besteht, ist noch nicht entschieden. Der allgemeine Eindruck geht dahin, dass bei der Melancholie lediglich der Associationsprocess als solcher, das Fortschreiten von Erinnerungsbild zu Erinnerungsbild, verlangsamt ist, während bei der Stupidität die Erinnerungsbilder selbst und zwar namentlich die complexeren gehemmt zu sein oder — mit anderen Worten — ihre Erregbarkeit eingebüsst zu haben scheinen.*) Zu dieser Denkhemmung kommt als zweites Hauptsymptom eine hochgradige motorische Hemmung hinzu.

Sehr regelmässig ist mit der Hemmung der Stupidität endlich noch eine hochgradige Apathie verknüpft. Doch bleibt es zweifelhaft, ob diese nicht einfach durch das Ausbleiben aller complicirten Vorstellungen bedingt ist. Man könnte denken, dass alle lebhafteren Gefühlstöne nur desshalb fehlen, weil die sie tragenden Erinnerungsbilder fehlen. Nur mit einem Vorbehalt in diesem Sinne werden wir sonach die Apathie als drittes Hauptsymptom der Stupidität aufführen.**)

Symptomatologie.

Störungen der Vorstellungen. In den leichteren Fällen klagen die Kranken nur, dass die Gedanken ihnen fortwährend entschwinden.

---

*) Eine andere Deutung lassen die klinischen Symptome gleichfalls zu: man könnte nämlich annehmen, dass bei der Stupidität — im Gegensatz zu der krankhaften Verlangsamung des Associationsprocesses bei der Melancholie — die Energie des Associationsprocesses in krankhafter Weise herabgesetzt sei.

**) Wollte man der Apathie den Rang eines selbständigen Primärsymptoms einräumen, so könnte man der Stupidität sehr wohl einen Platz unter den affectiven Psychosen zuweisen. In der That bildet sie in mancher Beziehung einen Uebergang von diesen zu den intellectuellen Psychosen.

Mit dem Buch, welches sie lesen, mit der Landschaft, welche sie sehen, mit den Worten, welche sie hören, verbinden sie keine Vorstellnng mehr. Der Vorstellungsablauf ist dementsprechend verarmt. Durch die allgemeine Hemmung sind alle complicirten Vorstellnngen aus der Ideenassociation ausgeschaltet. Aber anch die einfachsten concreten Erinnerungsbilder sind von der Hemmung betroffen. Der Kranke klagt, dass er sich abwesende Personen und Gegenstände nicht mehr vorstellen könne: anch diese Erinnerungsbilder haben ihre Erregbarkeit verloren. So kann sich der Kranke nicht vorstellen, wie die Strassen seiner Heimathstadt, wie sein Zimmer aussieht; mitunter weiss er nicht einmal anzugeben, wie die Möbel in letzterem stehen. Dabei handelt es sich nicht etwa um einfache Schwerbesinnlichkeit, auch bei längerem Besinnen vermag der Kranke das gehemmte Erinnerungsbild in der Regel nicht zu reprodnciren. Schon diese leichteren Kranken fassen ihre intellectuelle Störung in der bezeichnenden Klage zusammen: „Mein Kopf ist so leer.“

In den schwereren Fällen ist die Aufhebnng des intellectnellen Lebens fast total. Selbst das Wiedererkennen der bekanntesten Gegenstände und Personen hört auf. Dem Kranken kommt daher alles „so traumhaft, so verändert, so entfernt“ vor. Rathlos stehen sie umher. Die Orientirung über Zeit nnd Raum geht ihnen verloren. Die gebildetsten Kranken können sich nicht mehr auf die Jahreszahl, zuweilen sogar nicht einmal auf das Jahrhundert besinnen, in welchem sie leben. Man kann den Kranken zehnmal den Namen ihres Aufenthaltortes angeben, nach einigen Minnten, zuweilen anch schon nach einigen Secunden weiss der Kranke ihn bereits nicht mehr anzugeben: das Erinnerungsbild hat seine Erregbarkeit schon wieder eingebüsst. In hohem Maasse leidet in Folge des Ausbleibens associirter Vorstellungen anch die Aufmerksamkeit. Die Aussenwelt scheint für diese Kranken überhaupt nicht mehr zu existiren. Von einer fortlaufenden Ideenassociation kann überhaupt garnicht die Rede sein. Das zu einer solchen erforderliche Vorstellnngsmaterial fehlt völlig. Nur in grossen Zwischenräumen tanchen ab nnd zu einige abgerissene Vorstellungen auf. In sehr seltenen Fällen können solche abgerissene Vorstellungen zu einer vorübergehenden, ganz isolirt dastehenden Wahnidee zusammentreten. Sonst kommt es zu inhaltlichen Störungen des Denkens nicht, denn das Denken dieser Kranken hat im Allgemeinen gar keinen Inhalt.

Störungen des Empfindens. Die Empfindungen selbst sind meist normal. Nur ihre Verwerthung ist eine mangelhafte, die Vorstellungen fehlen, welche an die Empfindungen angeknüpft werden könnten. Retrospectiv gehen die Kranken nach ihrer Genesung meist an, alle Gegenstände wären ihnen so gross und so fern erschienen. Oft

klagen sie auch über Verschwommenheit der Gesichtsempfindungen; doch mag diese z. Th. nicht auf primären Empfindungsstörungen, sondern auf ungenügender Accommodation beruhen. Ebenso erscheinen alle Kläuge und Geräusche den Kranken „weit entfernt und seltsam unbestimmt“. Illusionen und Hallucinationen treten hei der typischen Stupidität höchsteus gelegentlich intercurrent auf. Meist handelt es sich um sehr unbestimmte, einfache Gesichts- und Gehörstäuschungen. — Der sehr ausgeprägten Hypalgesie wird unten zu gedenken sein.

Affectstörungen. In den leichteren Fällen ist die erste Affectreaction des Kranken eine leichte Verwunderung. Es kommt ihm selbst seltsam vor, wie sein Denken plötzlich verarmt ist. Dieser Verwunderung kann sich in leichten Fällen gelegentlich eine leichte, sehr wohl verständiche Depression oder auch ein leichter Missmuth beimischen. Weiterhin überwiegt mit der zunehmenden Verarmung des Bewusstseinsinhalts die Apathie. Die krankhafte Theilnahmlosigkeit beschränkt sich in den leichteren Fällen auf die Gefühlstöne, welche die complicirteren Begriffe begleiten: sie sind mit diesen verloren gegangen. Die verwandtschaftlichen Gefühle sind daher meist erhalten, hingegen die Interessen für Wissenschaft, die idealen Gefühle für Kunst, die zusammengesetzteren und abstracteren moralischen Gefühle erlöschen.

In den schwereren Fällen wird die Apathie total. Auch das Gefühlsleben ist abgestorben. Der Kranke vegetirt nur noch. Derjenige Affect, welcher noch am längsten erhalten zu hleiben pflegt, ist eine gelegentliche kindliche oder öfters kindische Heiterkeit. Ein glänzender Gegenstand (Uhr, Flamme) wird lächelnd angestaunt. Seltener werden flüchtige Angstaffecte heobachtet. Bei den weiter nnten zu besprechenden intercurrenten Erregungszuständen kommen vorübergehend lebhaftere Affecte der Heiterkeit und des Zorns vor.

Störnngen des Handelns. Auf dem Gesicht der Kranken malt sich die Gedanken- nnd Affectleere. Blöde starren die Kranken vor sich hin oder in die Luft. Nur gelegentlich fliegt ein kindisches Lächeln oder ein Ausdruck des Erstaunens über das schlaffe, tote Antlitz. Die gesammte Körpermnskulatur ist meist fast ohne jede Spannung. Passive Bewegungen stossen oft auf keinen Widerstand. Alle activen Bewegungen sind auf ein Minimum reducirt. Stunden- und tagelang stehen die Kranken auf einem Platz oder hocken zusammengesunken auf einem Stuhl oder liegen regungslos im Bett. Mitunter beobachtet man ein monotones Wiegen des Rumpfes, sehr selten katatonische Spannungen. Urin und Koth lassen die Kranken meist unter sich. Auf Anruf blinzeln sie kaum. Aufgetragene Bewegungen werden langsam, oft garnicht ausgeführt. Zuweilen malt sich dabei eine deutliche Verlegenheit auf dem Gesicht des Kranken: offenbar ist ihm das Erinnerungsbild der auf-

getragenen Bewegung garnicht gegenwärtig. Sprachliche Aeusserungen sind gleichfalls sehr selten. Oft beschränkt sich der Wortschatz auf einige Interjectionen. Zuweilen wird immer derselbe Satz ohne jeden Ausdruck in der Betonung wiederholt (z. B. kann ich denn nicht heim?). Fast stets sprechen die Kranken äusserst leise, fast aphonisch. Mitunter erinnert ihre Sprechweise und ihre Articulation an diejenige der Kinder.

Diese motorische Hemmnng der Kranken wird zuweilen ganz plötzlich durch kurze Bewegungen unterbrochen. So springt z. B. eine Kranke plötzlich auf nnd gieht auf Befragen an, sie wolle im Hemd in den Garten gehen. Zuweilen beruhen diese plötzlichen Bewegungen auf Stimmen, häufiger auf den oben erwähnten hier und da vereinzelt auftauchenden Vorstellungen bezw. Einfällen. Nicht selten kommt es auch zu stundenweisen intercurrenten motorischen Erregungszuständen, in welchen der Kranke singt, pfeift, tänzelt, umherspringt, zusammenhangslos spricht, seine Umgehnng neckt und zupft nnd gelegentlich auch sich ernst an ihr vergreift. Dahei herrscht eine krankhafte Heiterkeit vor. Zuweilen bestehen zugleich Hallucinationen oder Illusionen.

Die soehen entworfene Schildernng gilt von den schwereren Fällen. In den leichteren Fällen klagen die Kranken nnr über rasche Ermüdung. Ueber der Arbeit schlafen sie ein oder versinken in ein leeres Träumen. Die Vorstellungsarmnth giebt sich in der Planlosigkeit des Thuns und Treibens des Kranken kund. Viele liegen stundenlang auf dem Sopha. Zwingt man sie zur Beschäftigung, so stellen sie sich höchst ungeschickt an. Die einfachsten Handarbeiten machen sie verkehrt. Die Bewegungsvorstellungen sind in Folge der Hemmung unerregbar: daher die Ungeschicklichkeit bei jeder complicirteren Bewegung.

Körperliche Symptome. Die Ernährungsstörung ist meist nicht sehr erheblich, wofern der Kranke regelmässig gefüttert wird. Die Hauttemperatur ist stets, die centrale Körpertemperatur oft herabgesetzt. Die Herzthätigkeit ist meist verlangsamt, die Pulswelle niedrig nnd leicht unterdrückbar. Der Blutdruck ist erheblich herabgesetzt. Stauungserscheinungen (Oedeme u. dgl.) sind häufig. — Bei Franen ist Amenorrhoe häufig. Oft ist auch die Athmnng verlangsamt und abnorm oberflächlich.

Die Pnpillen sind meist weit, die Reactionen zwar prompt, aber nnausgiebig und wenig nachhaltig.

Die Convergenzeinstellung heider Augen ist oft sehr mangelhaft.

Die grohe motorische Kraft der Extremitäten scheint herabgesetzt, doch ist die Herabsetzung wohl namentlich auf die geringe Energie der associativen Impulse zurückzuführen. Dem entspricht anch die Schlaffheit und Ausdruckslosigkeit der Gesichtszüge. Die Zunge wird kanm

bis über den Rand der Zähne vorgestreckt. Statisches Zittern und Intentionszittern ist zuweilen vorhanden.

Die Berührungsempfindlichkeit lässt sich nicht sicher prüfen. Die Schmerzempfindlichkeit ist meist hochgradig herabgesetzt oder völlig aufgehoben.*) Zuweilen treten leichte, wahrscheinlich mit den Circulationsstörungen zusammenhängende Parästhesien auf, welche ihrerseits stundenlange automatische Kratzbewegungen bedingen können.

Die Gaumen-, Conjunctival-, Palpebral- und Plantarreflexe sind fast stets stark herabgesetzt oder aufgehoben, die Cornealreflexe hingegen normal (Unterschied gegen soporöse Zustände). Das Verhalten der Sehnenphänomene schwankt sehr.

Verlauf. Zuweilen entwickelt sich die Krankheit plötzlich (z. B. im Anschluss an einen Affectshock oder einen schweren Blutverlust); häufiger gehen monatelang leichte Prodromalsymptome — geistige und körperliche Müdigkeit, wechselnde Stimmungsanomalien — voraus. In letzterem Falle steigt auch die Denkhemmung und Apathie allmählich zu ihrer maximalen Höhe an. Im weiteren Verlauf erfährt das Zustandsbild nur durch die oben erwähnten vorübergehenden Erregungszustände gelegentlich eine Unterbrechung. Der Verlauf ist fast stets ein sehr langwieriger. Auch bei günstigem Ausgang dauert die Krankheit einige Monate, mitunter 1 Jahr und noch länger. Gerade auch die leichteren Fälle bessern sich oft sehr langsam. Nach der Genesung besteht meist ein erheblicher Erinnerungsdefect.

Ausgänge und Prognose. In ca. 60 % aller Fälle tritt Heilung ein. Nicht selten ist Heilung mit Defect, etwas seltener secundäre Demenz. Auch ein Uebergang in secundäre Paranoia (ohne Intelligenzdefect) kommt gelegentlich vor. Durch intercurrente oder hinzutretende Krankheiten (Tuberculose!) kann es zu tödtlichem Ausgang kommen. In einigen Fällen kommt es auch zu einem Ausgang in chronische Stupidität, d. h. ein Intelligenzdefect stellt sich nicht ein, aber die geistige und körperliche Ermüdung und Hemmung sowie die krankhafte Apathie schwinden nicht völlig, sondern bleiben dauernd (meist mit mannigfachen Remissionen) bestehen. Solche Kranke sind dann oft ausser Stande ihren ursprünglichen Beruf (z. B. einen gelehrten Beruf) festzuhalten.

Varietäten. Unter diesen kommen namentlich die Uebergangs-

*) Sehr bezeichend für den ganzen Zustand sind folgende wörtlich nachgeschriebene Aeusserungen in einem mittelschweren Fall: „Kaum hab' ich einen Gedanken — 1, 2, 3, so ist er fort — ich weiss garnicht, was mein Kind für Augen hat — nichts fühl' ich — meine Hand war doch schlimm (NB. bezieht sich dies auf ein Tags zuvor ohne jede Schmerzäusserung eröffnetes Panaritium), nichts hab' ich gefühlt. Ich weiss garnicht, wer mich hergebracht hat".

formen zur Melancholie, zur hallucinatorischen stuporösen Paranoia und zur Neurasthenie in Betracht. Die depressive Varietät ist durch häufiges Auftreten von Angstaffecten und Depression, die hallucinatorische Varietät durch häufigeres Auftreten von Sinnestäuschungen, die neurasthenische Varietät durch Hinzutreten einer krankhaften affectiven Reizbarkeit ausgezeichnet.

Aetiologie. Erbliche Belastung findet sich in 60 % aller Fälle. Vorwiegend ist das jugendliche Alter der Krankheit ausgesetzt. Nach dem 35. Lebensjahr ist Stupidität selten. Sehr häufig ist geistige Ueberanstrengung (bei Gymnasiasten, Studenten u. s. w.) von hervorragender ätiologischer Bedeutung. Meist handelt es sich dabei zugleich um schlechtgenährte oder durch Masturbation erschöpfte und minder veranlagte Individuen. Gerade bei jungen Leuten, welche trotz geringerer Veranlagung zu einem gelehrten Beruf gezwungen werden, führt die intellectuelle Insufficienz oft zum Ausbruch dieser Psychose. In anderen Fällen überwiegen körperliche Schädlichkeiten. So ist z. B. körperliche Ueberanstrengung bei jugendlichen Dienstboten und Lehrlingen häufig das entscheidende ätiologische Moment. Ungenügende Ernährung, ungenügende Luft und ungenügender Schlaf kommen oft hinzu. Auch das Puerperium und namentlich gehäufte Geburten bedingen zuweilen Erkrankung an Stupidität. In diesen Fällen lassen sich die Prodromalsymptome der Krankheit meist bis in die Mitte der Gravidität zurückverfolgen. Endlich kann ein plötzlicher Affectshock oder ein einmaliger schwerer Blutverlust einen ganz acuten Ausbruch der Stupidität bedingen.

Diagnose. Eine Verwechslung ist höchstens mit der apathischen Form der Melancholie (sowohl der Melancholia passiva wie der Melancholia attonita) und mit der stuporösen Form der hallucinatorischen Paranoia möglich. Man wird daher, wenn man einen Kranken findet, welcher theilnahmslos ist, sich kaum bewegt und einfache Fragen nicht beantwortet, stets zunächst durch directe Fragen und Beobachtung des Gesichtsausdrucks und der Gesticulation feststellen müssen, ob Angst oder Hallucinationen dauernd bestehen und dem stuporösen Verhalten zu Grunde liegen. Nur wenn Angst und Hallucinationen nicht vorhanden sind, wird man Melancholie und Paranoia ausschliessen und die Diagnose auf Stupidität stellen können. Genaueres über die Differentialdiagnose zwischen apathischer Melancholie und Stupidität ist unter Melancholie angegeben.

Der Verwechslung mit angeborenem Schwachsinn ist durch anamnestische Erhebungen leicht vorzubeugen. Die Dementia paralytica schliesst man durch eine genaue körperliche Untersuchung aus. Auch kommt in Betracht, dass die Dementia paralytica in der Regel nur bei Indivi-

duen, welche das 30. Lebensjahr überschritten haben, vorkommt sowie dass die Syphilis bei ihr eine erhebliche ätiologische Rolle spielt.

Bekommt man den Kranken zufällig gerade in einem Erregungszustande zu Gesicht, so wird man sich ohne genane Angaben der Angehörigen über den sonstigen seitherigen Krankheitsverlauf vor der Verwechslung mit Manie oder mit hallucinatorischer Paranoia nicht schützen können.

T h e r a p i e. Bei sehr günstigen häuslichen Verhältnissen und bei Ausbleiben der erwähnten intercurrenten Erregungszustände kann der sachverständige Arzt in seltenen Fällen die häusliche Behandlung versuchen. Meist ist die Ueberführung in eine Anstalt erforderlich. Bei der Behandlung ist das Hauptgewicht auf Bettruhe und Ueberernährung zu legen. Eventuell empfiehlt sich eine Mastkur. Von jeder körperlichen oder geistigen Beschäftigung, von jedem längeren Gespräch, jedem Wechsel der Sinneseindrücke ist zunächst durchaus abzusehen. K u r z e warme Bäder wirken zuweilen günstig. Medicamentös kommen eventuell Kampher, Eisen, Chinin, Digitalis in k l e i n e n Dosen in Betracht. Die intercurrenten Erregungszustände sind durch längere warme Bäder oder hydropathische Einpackungen zu bekämpfen. — Bei sehr leichten Fällen kann es genügen den Kranken an einen Waldort oder auf das Land zu schicken und einen regelmässigen Wechsel von körperlicher Ruhe ($1\frac{1}{2}$ Stunde) und geistiger Arbeit ($\frac{1}{4}$ Stunde) und körperlicher Bewegung ($\frac{1}{4}$ Stunde) anzuordnen. Oft wird man einen Berufswechsel empfehlen müssen (s. Aetiologie).

P a t h o l o g i s c h e A n a t o m i e. Die Stupidität ist eine functionelle Psychose. Weder makroscopisch noch mikroscopisch hat man post mortem constante Befunde feststellen können. Nur bei Ausgang in secundäre Demenz finden sich die dieser entsprechenden pathologischen Veränderungen der Hirnrinde.

---

b. P a r a n o i a.

Wir fassen unter dem Begriff der Paranoia alle diejenigen functionellen Psychosen zusammen, deren Hauptsymptome primäre Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen sind. Sind primäre Wahnvorstellungen das Hauptsymptom, so bezeichnet man die Paranoia als Paranoia simplex; sind Sinnestäuschungen das Hauptsymptom, so bezeichnet man die Paranoia als Paranoia hallucinatoria. Sowohl die Paranoia simplex wie die Paranoia hallucinatoria theilt man weiter in eine acute und in eine chronische Form ein. So ergeben sich zunächst 4 Hauptformen der Paranoia:

1. Paranoia hallucinatoria acuta.
2. Paranoia hallucinatoria chronica.
3. Paranoia simplex acuta.
4. Paranoia simplex chronica.

Dazu kommen noch 3 wichtige Varietäten der acuten Paranoia, welche im Anschluss an die Paranoia acuta hallucinatoria besprochen werden sollen, nämlich die ideenflüchtige, die stuporöse und die incohärente Form der acuten Paranoia.

I. Paranoia hallucinatoria acuta.

Die acute hallucinatorische Paranoia (Verrücktheit) ist eine functionelle acute Psychose, deren dominirendes Symptom Hallucinationen und Illusionen sind. Aus den Hallucinationen und Illusionen entwickeln sich Wahnvorstellungen.*) Bei der typischen Form fehlen alle primären Affectstörungen und Associationsstörungen. Nur secundäre Affectstörungen, welche dem Inhalt der Hallucinationen entsprechen (z. B. Angst über drohende Stimmen) und secundäre Associationsstörungen (z. B. secundäre Ideenflucht in Folge massenhafter Häufung von Sinnestäuschungen) sind sehr häufig. Desgleichen sind die Störungen des Handelns bei der typischen Form ausschliesslich von den Hallucinationen und den aus ihnen hervorgegangenen Wahnvorstellungen abhängig.**)

Specielle Symptomatologie.

Störungen des Empfindens. Das Hauptsymptom der acuten hallucinatorischen Paranoia sind die Sinnestäuschungen, Hallucinationen wie Illusionen. Sie treten in der ganzen Mannigfaltigkeit auf, welche die allgemeine Pathologie kennen gelehrt hat. Meist überwiegen Gesichtstäuschungen. Die Mehrzahl der Hallucinationen ist den „unvermittelten“ zuzurechnen, d. h. der Inhalt der Hallucinationen entspricht den momentanen Vorstellungen des Kranken meist nicht. Auch stehen die Hallucinationen meist unter sich in keinem engeren Zusammenhang. Oft sind die Sinnestäuschungen so massenhaft und so wechselnd, dass jede Orientirung dem Kranken unmöglich wird. Der Inhalt der Sinnestäuschungen ist äusserst verschieden: Flammen, Grimassen, Schatten,

*) Oder vielmehr sind die Hallucinationen und Illusionen bereits der Ausdruck latenter Wahnvorstellungen.

**) Ueber die systematische Stellung der Paranoia acuta hallucinatoria bestehen grosse Meinungsverschiedenheiten. Manche rechnen sie zur Manie, andere führen sie unter den verschiedensten Namen (hallucinatorisches Irresein, hallucinatorischer Wahnsinn, Amentia etc.) als selbständige Psychose getrennt von den übrigen Paranoiaformen auf.

nackte Gestalten überwiegen unter den Visionen, Drohungen, Schimpfworte, Anklagen unter den Akoasmen.

Ausser den Sinnestäuschungen beobachtet man häufig auch Hyperästhesie und Hyperalgesie. Statt letzterer kommt in sehr schweren Fällen sowie namentlich bei den epileptischen und hysterischen Formen der acuten hallucinatorischen Paranoia (den sog. epileptischen und hysterischen Dämmerzuständen) auch ausgesprochene Hypalgesie und Analgesie vor.

Störungen des Vorstellungsablaufs. Bei der typischen Form hängen dieselben ausschliesslich vom Inhalt der Hallucinationen ab. Der Einfluss der letzteren auf die Ideenassociation ist in der allgemeinen Pathologie ausführlich geschildert worden (S. 29). Bald überwiegt die secundäre Hemmung — so namentlich bei schreckhaften, fascinirenden und manchen imperativen Hallucinationen —, bald die secundäre Ideenflucht — so bei sehr wechselnden, heiteren Hallucinationen —, bald endlich die secundäre Incohärenz — bei massenhafter Häufung disparater, widerspruchsvoller Hallucinationen. In letzterem Falle kommt es oft zu völliger hallucinatorischer Unorientirtheit: der Kranke weiss weder Monat noch Jahr anzugeben, glaubt schon Jahrhunderte in der Anstalt zu sein, und wähnt sich bald in dieser, bald in jener Stadt. Oft kommt hallucinatorische Aprosexie hinzu, seltener — wenn nämlich die secundäre Ideenflucht vorberrscht — hallucinatorische Hyperprosexie. Bei Besprechung der Varietäten der hallucinatorischen Paranoia wird hervorzuheben sein, dass mitunter nicht nur intercurrent (d. h. gelegentlich und vorübergehend) und secundär, sondern zuweilen auch dauernd und primär formale Störungen des Vorstellungsablaufs als dominirendes Hauptsymptom in das Krankheitsbild eintreten.

Störungen des Vorstellungsinhalts. Mitunter sind die Sinnestäuschungen des Kranken so abgerissen, flüchtig und zahlreich, dass eine Verarbeitung derselben zu Wahnvorstellungen ausbleibt. Häufiger führen die Sinnestäuschungen zur Bildung zahlreicher Wahnvorstellungen. Der Kranke glaubt, eine Feuersbrunst bedrohe das Haus, seine Angehörigen würden gefangen gehalten, in sein Essen sei Gift gemischt, oder er sei Kaiser geworden, Gott habe ihn zum Werkzeng ausgewählt, seine Hochzeit werde gefeiert u. dgl. m. Im Ganzen überwiegen die Verfolgungsideen über die Grössenideen. Sehr häufig ist auch ein allgemeiner Vernichtungswahn: die Kranken glauben, allenthalben wüthe Krieg, alles sei gestorben, die Welt gehe unter, das jüngste Gericht breche an. Dazu kommen zahllose Personenverwechslungen. In Folge von Illusionen werden Fremde für Angehörige gehalten. Ebenso werden die Gegenstände verkannt: das Gaslicht des Krankenzimmers wird zur „ewigen Lampe einer katholischen Kirche“, das Haus zu einem Schloss oder zu

einem Kerker, die Ventilationsöffnungen zu den Ausmündungen unterirdischer Gänge, aus denen Stimmen schallen, betäubende Gerüche ausströmen, elektrische Entladungen erfolgen. Je nach dem Aufenthalt, der Bildung, den Lebenserfahrungen des Kranken wechseln diese secundär aus den Sinnestäuschungen hervorgegangenen Wahnvorstellungen in der allermannigfaltigsten Weise.

Lassen die Sinnestäuschungen dem Kranken noch mehr Zeit, so knüpft er an die unmittelbar aus den Sinnestäuschungen hervorgegangenen Wahnideen weitere Wahnvorstellungen an. Zu einer logischen Systembildung kommt es nicht; dazu ist der Wechsel der Sinnestäuschungen bei der acuten hallucinatorischen Paranoia viel zu gross. Daber stehen auch die Wahnvorstellungen oft in grellem Widerspruch zu einander. Eben glaubt die Kranke noch, sie sei „Tanzlehrerin“, weil sie fortwährend elektrische Ströme empfindet und zugleich allerhand hallucinatorische Bewegungsempfindungen in ihren Gliedern fühlt („hier sollen durch Elektricität Circustänze eingeübt werden“); im nächsten Augenblick glaubt sie, sie sei eine Pestkranke („Stimmen haben es mir gesagt“) und solle in einen Thurm gesperrt werden u. dgl. m.

Aufmerksame Beobachtung lehrt weiterhin, dass neben diesen direct oder indirect aus Sinnestäuschungen hervorgegangenen secundären Wahnvorstellungen doch auch primäre ab und zu auftreten. Namentlich sind primäre wahnhafte Auslegungen, bei welchen Illusionen oder Hallucinationen in keiner Weise mitwirken, nicht so selten. So sieht eine weibliche Kranke in der Badestube auf einem Handtuch die Initialen K. W. (= normale Sinnesempfindung); alsbald wähnt die Kranke, welche vorher in ganz anderen, hallucinatorischen Wahnideen befangen war, K. W. bedeute „Kaiser Wilhelm“, das Bad sei „ein Hohenzollernbad“, sie sei „eine natürliche Tochter des Kaisers“ (= primäre wahnhafte Auslegungen). Schon im nächsten Augenblick ändert eine Hallucination wiederum die Richtung der Wahnbildung: sie riecht Theer (= Hallucination) und wähnt nun, sie solle in Theer gebadet werden, um die Wirkung solcher Theerbäder festzustellen (= secundäre hallucinatorische Wahnidee).

Viele Kranke gelangen auch zu dem Gesammturtheil, dass um sie her Theater gespielt werde, dass die Mitkranken verkleidete Persönlichkeiten sind und sämmtlich eine bestimmte Rolle spielen.

Zwischen der zuerst beschriebenen Form der hallucinatorischen Paranoia, bei welcher die Massenhaftigkeit der Hallucinationen keine Wahnbildung aufkommen lässt und selbst den Zusammenhang des Vorstellungsablaufs völlig aufhebt, und der zuletzt erwähnten Form, bei welcher im Anschluss an die Sinnestäuschungen eine ausgiebige Wahnbildung stattfindet, existiren die fliessendsten Uebergänge.

Affectstörungen. Wie die Associationsstörungen sind auch die

Affectstörungen bei der typischen Form sämmtlich secundär. Ihre Richtung hängt von dem Inhalt der Hallucinationen ab. Daher findet man die schwersten Angstaffecte neben der ungebundensten Heiterkeit, brutale Zornaffecte neben religiöser Verzückung. Auch bei einem und demselben Kranken kommen entsprechend dem wechselnden Inhalt der Sinnestäuschungen nacheinander die verschiedensten Affecte vor. Unter den Augen des Arztes können die jähesten Affectschwankungen stattfinden. In vielen Fällen ist allerdings unverkennbar, dass die Hallucinationen vorzugsweise stets eine und dieselbe Gefühlsbetonung zeigen, dass also z. B. dauernd heitere Sinnestäuschungen oder dauernd angstvolle Sinnestäuschungen vorherrschen. In diesen Fällen ist selbstverständlich auch die secundäre Affectstörung eine einheitlichere: wochen- und monatelang herrscht secundäre heitere Exaltation oder secundäre Angst oder religiöse Verzückung u. s. w. vor. Schon in diesen Fällen könnte man vermuthen, dass die einheitliche Gefühlsbetonung der Sinnestäuschungen darauf hindentet, dass doch neben den Hallucinationen eine primäre Affectstörung mitwirkt, dass die Affectveränderungen mithin nicht lediglich als secundäre Folgeerscheinungen der Hallucinationen anzusehen sind. Ganz unzweifelhaft ist dies in anderen Fällen, in welchen vom Beginn der Krankheit an entweder gelegentlich oder dauernd eine krankhafte Exaltation oder Depression auftritt, für die eine ausreichende Erklärung in den jeweiligen Sinnestäuschungen nicht aufzufinden und die deshalb als primär aufzufassen ist. Namentlich ist das intercurrente Auftreten primärer Angstaffecte nicht eben selten. Das dauernde (mitunter geradezu das Krankheitsbild beherrschende) Auftreten primärer Exaltation bezw. Depression ist am häufigsten bei der ideenflüchtigen Varietät bezw. bei der stuporösen Varietät der acuten Paranoia (siehe unten). Die primäre Exaltation verbindet sich hier mit primärer Ideenflucht, die primäre Depression (und Angst) mit Denkhemmung.

Störungen des Handelns. Das äusserliche Bild, welches Kranke mit hallucinatorischer Paranoia darbieten, ist ungemein verschieden. Bei der typischen Form hängt das motorische Verhalten ganz von dem Inhalt der Hallucinationen und Wahnvorstellungen ab. Am häufigsten überwiegt der agitirende Einfluss. Daher findet man ungemein häufig eine continuirliche oder remittirende tobsüchtige Erregung. Bald ist dabei Angst, bald Zorn, bald Heiterkeit der treibende Affect. Dementsprechend überwiegen bald Jammerschreie und Fluchtversuche, bald Thätlichkeiten gegen die Umgebung, bald Singen und Tanzen. Oft ist die motorische Agitation auch lediglich auf die Massenhaftigkeit der zuströmenden pathologischen Empfindungen zurückzuführen, ohne dass Affecte in erheblicherem Maasse mitwirken. Ebenfalls sehr häufig ist eine ausgeprägte motorische Hemmung und zwar fast stets in katatoni-

scher Form; einfache Resolution ist sehr selten. Diese Hemmung ist bald durch Hallucinationen des Muskelgefühls bedingt, bald handelt es sich um beängstigende oder fascinirende Visionen*) oder drohende Stimmen. Wenn die Sinnestäuschungen massenhafter auftreten und zugleich ausser allem Zusammenhang untereinander stehen, so kommt es zu einer hochgradigen secundären Incohärenz der Bewegungen und Handlungen des Kranken. Planlos irrt er umher. Er fasst unzählige Dinge ohne Zweck an. Katatonische Stellungen wechseln regellos mit sinnloser Agitation. Oft kommt es zu den wildesten Jactationen, welche auf den Unerfahrenen geradezu den Eindruck der Ataxie oder der Chorea machen können.

Ausser diesen secundären Störungen der motorischen Associationen (secundäre Beschleunigung, secundäre Hemmung und secundäre Incohärenz) kommen bei bestimmten Varietäten der acuten Paranoia dieselben formalen Störungen der motorischen Association auch primär, d. h. unabhängig von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, d a u e r n d im Krankheitsverlauf vor. So kommt der ideenflüchtigen Form der Paranoia primäre Agitation, der stuporösen Form primäre motorische Hemmung und der incohärenten Form primäre Dissociation zu. Auch intercurrent werden vorübergehende primäre motorische Associationsstörungen bei der hallucinatorischen Paranoia ab und zu beobachtet.

Die einzelnen Handlungen und Bewegungen des acuten hallucinatorischen Paranoikers zeigen selbstverständlich entprechend dem mannigfaltigen Inhalt der zu Grunde liegenden Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen die allererheblichsten Verschiedenheiten. Während das allgemeine Gebahren aller Maniakalischen (und ebenso aller Melancholischen) sehr ähnlich ist, gleicht kaum je ein Paranoiker einem anderen und auch ein und derselbe Paranoiker handelt und bewegt sich oft heute ganz anders wie morgen. Wenn trotzdem der aufmerksame Beobachter gewisse Typen aus der Mannigfaltigkeit der motorischen Bilder abzusondern und oft auch bei dem einzelnen Paranoiker bei allem Wechsel der Handlungen und Bewegungen manche constante Züge in dem motorischen Bilde zu erkennen vermag, so beruht dies darauf, dass einerseits die soeben erwähnten formalen motorischen Associationsstörungen den verschiedenen motorischen Bildern ein gemeinsames Gepräge verleihen und dass andrerseits bestimmte Hallucinationen bei Individuen ähnlichen Bildungsgangs und ähnlicher socialer Stellung immer wiederkehren und auch bei dem einzelnen Individuum entsprechend seinem Bildungsgange, seiner socialen Stellung und seinen letzten Erlebnissen im Verlauf der Krankheit oft eine gewisse Constanz zeigen.

K ö r p e r l i c h e S y m p t o m e. Die Ernährung des Kranken leidet

*) Vergleiche Fig. 5 der physiognomischen Tafeln.

in der Regel sehr erheblich. Auch ohne dass es zu Nahrungsverweigerung oder zu schwerer Tobsucht kommt, nimmt das Körpergewicht zuweilen in der Woche um 2 Kilo ab. Die vasomotorischen Erscheinungen sind sehr wechselnd. Das Pulsbild deutet meist auf eine vermehrte Spannung der Arterienwände (Erregungsaffecte), zuweilen auf eine spastische Contraction der peripheren Arterien. Die Tagescurve der Körpertemperatur zeigt sehr unregelmässige Schwankungen. In denjenigen Fällen, welche unter schwerer Incohärenz, Unorientirtheit und Agitation verlaufen, kommt es oft zu hohen Fieberbewegungen (bis über 40°). Das Zustandsbild, welches solche Kranke darbieten, wird auch als Delirium acutum bezeichnet.

Nicht selten besteht — namentlich bei jugendlichen Individuen — auch starke Salivation. Die Salzsäuresecretion des Magens ist öfter gesteigert als herabgesetzt. Stuhlgang und Menstruation zeigen grosse Unregelmässigkeit.

Reflexe, Motilität und Sensibilität sind in uncomplicirten Fällen meist normal. Die Sehnenphänomene sind oft stark gesteigert; zu Fussklonus kommt es jedoch selten. Druckpunkte sind — von der Complication mit Hysterie oder Neurasthenie ganz abgesehen — öfter aufzufinden, namentlich bei jugendlichen Individuen. Das Gesichtsfeld ist zuweilen erheblich eingeschränkt. Der Analgesie, welche die epileptischen und hysterischen Dämmerzustände begleitet, wurde oben bereits gedacht. Bei nicht-epileptischen und nicht-hysterischen Individuen ist dieselbe selten.

Verlauf. Die acute hallucinatorische Paranoia wird fast stets von einem Prodromalstadium eingeleitet. In diesem kommt dem Kranken seine eigene Person und seine Umgebung verändert vor. Geheimnissvolle Beziehungen scheinen ihm zu bestehen. Mehr und mehr beschleicht ihn ein Gefühl der Unheimlichkeit. Jeden Vorgang in der Aussenwelt bringt er mit seiner Person in irgend eine Verknüpfung; er fühlt sich allenthalben beobachtet und bedroht. „Es war mir, als ginge unsichtbar und schweigend eine Gestalt immer neben oder hinter mir her.“ Schon in diesem Stadium treten illusionäre Fälschungen der Empfindungen auf. Die Phantasie des Kranken spielt ihm allerhand Streiche. Er glaubt in unbekannten Personen verkleidete Bekannte zu sehen und träumt sich in allerhand phantastische Situationen hinein. Dabei wird der Schlaf mangelhaft. Oft stellen sich heftige Kopfschmerzen und Congestionen ein. Die Träume sind mitunter in ganz auffälliger Weise vermehrt und krankhaft lebhaft. Oft äussert der Kranke selbst, er fürchte wahnsinnig zu werden.

Dies Prodromalstadium zieht sich mitunter einige Monate hin, ab und zu dauert es nur wenige Tage. Das Hauptstadium der Krankheit entwickelt sich meist im Anschluss an diese Prodromalsymptome äusserst

rasch. Massenhafte Hallucinationen und Illusionen setzen ein. Nicht selten sind dieselben schon am ersten oder zweiten Tage so zahlreich und so überwältigend, dass die Orientirung des Kranken vollständig aufgehoben wird. So kommt es, dass die Kranken sich oft verlaufen, planlos fortreisen oder vagabundiren. Auf Grund der Hallucinationen stellt sich nun entweder ein katatonischer Hemmungszustand ein oder es kommt zu einem Ausbruch schwerer Agitation. Im ersteren Falle verläuft die Psychose*) unter dem Bilde des Pseudostupors, im letzteren steigert sich die Erregung oft zu ausgeprägter Tobsucht. Eine scharfe Grenze existirt nicht. Nicht selten wird der Pseudostupor von Erregungsanfällen und die Agitation von episodischen Zuständen eines Pseudostupors unterbrochen.

Der Gesammtverlauf erstreckt sich durchschnittlich über etwa sechs Monate. Doch existiren Fälle — ganz abgesehen von den oft peracut verlaufenden hallucinatorischen Dämmerzuständen der Epileptiker —, in welchen die Psychose innerhalb einiger Tage oder Stunden, also ganz unter dem Bild des sog. transitorischen Irreseins abläuft. Andrerseits dauert die Psychose zuweilen über ein Jahr und geht schliesslich doch noch in vollständige Heilung über. Sehr oft ist der Verlauf ein remittirender. Ungemein häufig kommt es auch noch im Verlauf der Reconvalescenz zu schweren Rückfällen.

Ausgänge und Prognose. Die acute hallucinatorische Paranoia geht aus in

1. Heilung
oder 2. Heilung mit Defect
oder 3. secundäre Demenz
oder 4. chronische hallucinatorische Paranoia
oder 5. Tod.

Heilung ohne Defect tritt in fast 70% aller Fälle ein. Allerdings ist hierzu zu bemerken, dass Recidive bei der acuten hallucinatorischen Paranoia ungemein häufig sind. Nicht selten beobachtet man dass bereits 1—2—3 Jahre nach vollständiger Heilung die Psychose wiederkehrt. Ein solches Recidiv kann wieder heilen, aber häufig erfolgt schliesslich bei dem 3. oder 4. Recidiv doch der Ausgang in secundäre Demenz oder chronische hallucinatorische Paranoia.*) Dauernd gesund bleiben kaum 30% (über zehn Jahre ca. 40%). Heilung mit Defect beobachtet man namentlich bei Individuen, deren geistige Veranlagung von jeher etwas minderwerthig war, ferner nach sehr langwierigem Krankheitsverlauf. Mitunter gleicht sich übrigens ein solcher

*) In dem ausgesprochen remittirenden Character der letzteren verräth sich dann zuweilen noch lange diese Entstehung aus successiven Recidiven einer acuten hallucinatorischen Paranoia.

Defect bei sorgfältiger ärztlicher Erziehung allmählich wenigstens theilweise wieder aus.

Secundäre Demenz beobachtet man bei wenigstens 15 % aller Fälle. Dieser ungünstige Ausgang kündigt sich bei der typischen Form meist dadurch an, dass die Kranken auch ausserhalb ihrer hallucinatorischen Erregung verwirrt sprechen und albern antworten. Das Handeln und die Affecte der Kranken stehen mit ihren Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen nicht mehr im Einklang. Das Körpergewicht nimmt zu, ohne dass psychische Besserung bemerklich wird. Der aufmerksame Beobachter entdeckt diese Spuren des intellectuellen Verfalls oft schon sehr früh.*) Gerade bei jugendlichen Individuen ist der Ausgang in secundäre Demenz besonders zu fürchten.

Der Uebergang in chronische hallucinatorische Paranoia vollzieht sich entweder in der oben erwähnten Weise durch fortwährenden, in immer kürzeren Zwischenräumen erfolgenden Eintritt von Recidiven oder auch direct im Anschluss an einen einzelnen acuten hallucinatorischen Anfall. Im letzteren Fall fällt auf, das der Kranke auch in Stunden, wo die Hallucinationen nachlassen, ganz unter dem Einfluss der aus den Hallucinationen abgeleiteten Wahnvorstellungen steht. Die unmittelbare und intensive Wirkung der Hallucinationen auf die Affecte erlischt. Die Wahnbildung überwiegt über die hallucinatorischen Vorgänge. Unter den Hallucinationen selbst erlangen bei Uebergang in chronischen Verlauf oft die Gehörstäuschungen in ganz auffälliger Weise das Uebergewicht über die Gesichtstäuschungen.

Tödtlicher Ausgang ist bei den unter dem Bild des Delirium acutum verlaufenden Fällen sehr häufig. Auch Abstinenz führt gelegentlich zum Tode. Endlich ist der Selbstmord auch bei dieser Psychose unter den Todesursachen aufzuführen.

Varietäten. Die wichtigsten Varietäten der acuten hallucinatorischen Paranoia kommen dadurch zu Stande, dass zu den Hauptsymptomen der Psychose, den Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen entweder primäre Associationsstörungen oder primäre Affectstörungen hinzutreten. Diese primären Associationsstörungen sind. Ideenflucht, Denkhemmung und Incohärenz; sie sind stets mit den entsprechenden motorischen Störungen (Agitation, motorische Hemmung, motorische Incohärenz) verbunden. Die primären Affectstörungen sind: Exaltation und Depression; zu ersterer treten häufig Zorn-, zu letzterer Angstaffecte hinzu. Das Characteristische dieser Varietäten liegt nicht darin, dass überhaupt Ideenflucht oder Denkhemmung oder Incohärenz oder Exaltation oder Depression bei einer acuten hallucinatorischen Paranoia

*) Mitunter ist der Psychose geradezu von Anfang an der Stempel eines progressiven intellectuellen Verfalls aufgedrückt.

auftreten, sondern darin, dass diese Störungen primär auftreten, d. h. unabhängig von Hallucinationen und Wahnvorstellungen. Ohen wurde ausdrücklich betont, dass secnndäre Associations- und Affectstörungen ungemein häufig und gewissermaassen selbstverständlich entsprechend dem Inhalt der jeweiligen Hallucinationen und Wahnvorstellungen auftreten. Dass dem Kranken, welchem eine Stimme den Tod droht, „die Gedanken stillstehen, und eine schwere Angst ankommt", ist aus der Hallncination ohne Weiteres verständlich: Denkhemmung und Angst sind hier nicht als nenes Krankheitssymptom aufzufassen, sondern lediglich secundär. Solche Fälle bleiben durchaus im Rahmen der typischen hallucinatorischen Paranoia. Nun wurde jedoch schon oben erwähnt, dass ab und zu intercnrrent auch primäre Associationsstörungen und primäre Affectstörungen auftreten. Der Kranke hat z. B. einen mehrstündigen Angstanfall, ohne dass irgend eine Sinnestäuschung oder Wahnvorstellung für denselben verantwortlich gemacht werden könnte. Anch dies intercnrrente Auftreten primärer Associations- nud Affectstörungen ist noch nicht wichtig genug, um auf Grund desselben besondere Varietäten der acuten hallucinatorischen Paranoia aufzustellen. Nun kommen jedoch eben dieselben primären Associationsstörnngen und Affectstörungen nicht nur intercurrent, sondern nicht selten auch danernd im Krankheitsbild neben den Hallucinationen und Wahnvorstellungen vor. So entstehen einige wichtige Varietäten der acuten hallucinatorischen Paranoia. Es sind dies:

1. Die ideenflüchtige Form: mit dauernder primärer Ideenflucht (Associationsheschleunigung)
2. Die stuporöse Form: mit danernder primärer Denkhemmung (Associationsverlangsamung)
3. Die incohärente Form: mit dauernder primärer Incohärenz (Dissociation)
4. Die exaltirte Form: mit dauernder primärer heiterer Verstimmung
5. Die depressive Form: mit dauernder primärer trauriger Verstimmung.

Da die dauernde primäre heitere Exaltation fast nie ohne eine danernde Associationsheschleunigung nnd die dauernde primäre Depression fast nie ohne eine dauernde Associationsverlangsamung vorkommt, so fällt die Varietät 4 im Wesentlichen unter die Varietät 1, die Varietät 5 nnter die Varietät 2. Es sollen daher auch die primäre dauernde Exaltation und Depression in die Besprechung der Varietäten 1 und 2 bereits hineingezogen werden.

1. Die ideenflüchtige Varietät. Ihre Hanptsymptome sind nach Ohigem Hallncinationen nebst secundären Wahnvorstellungen nnd

primäre Ideenflucht nebst entsprechender motorischer Agitation. Dazu kommt oft, aber nicht stets, eine ausgesprochene primäre Exaltation. Der Inhalt der Hallucinationen entspricht im Ganzen der heiteren Affectlage; unter den Wahnvorstellungen überwiegen daher Grössenideen. Zuweilen kommt es bei hochgradiger Steigerung der Associationsbeschleunigung zu secundärer sog. ideenflüchtiger Incohärenz. Oft kommt es zu Verbigeration und Reimen. Offenbar stellt diese ideenflüchtige Varietät der acuten hallucinatorischen Paranoia eine Uebergangsform von der letzteren zur Manie dar. Stellt man sich vor, dass die Hallucinationen mehr und mehr zurücktreten und die primäre Ideenflucht und die Exaltation mehr und mehr das Krankheitsbild allein beherrschen, so ist der Uebergang in Manie gegeben. In der That werden zwischen der hallucinatorischen Varietät der Manie und der ideenflüchtigen Varietät der Paranoia ganz fliessende Uebergangsfälle beobachtet.

2. Die stuporöse Varietät. Ihre Hauptsymptome sind Hallucinationen nebst secundären Wahnvorstellungen und primäre Denkhemmung nebst entsprechender motorischer Hemmung. Dazu kommt zuweilen, aber nicht stets eine ausgesprochene primäre Depression (mit oder ohne Angst). Der Inhalt der Hallucinationen entspricht in letzterem Falle im Ganzen der Depression; unter den Wahnvorstellungen überwiegen Verfolgungs-, Verarmungs- und Verschuldungsideen. Die motorische Hemmung ist meist eine katatonische.*) Oft wird sie plötzlich durch ein Aufspringen des Kranken, welchem z. B. eine Stimme einen Befehl zuruft, unterbrochen. Oft besteht tagelang Mutismus. Nur langsam, unter öfterem Stocken führt der Kranke den Löffel zum Mund, oft abstinirt er. Auf Fragen antwortet er garnicht oder äusserst langsam. Ganz einfache Rechenbeispiele werden oft nicht gerechnet. Schwerbesinnlichkeit und Aprosexie fehlen niemals. Bald stellt diese stuporöse Varietät eine Uebergangsform der acuten hallucinatorischen Paranoia zur Melancholie bald eine solche zur Stupidität dar, je nachdem die Hemmung mehr die Association selbst betrifft und Depression vorherrscht oder die Hemmung mehr die Erinnerungsbilder betrifft und Apathie vorherrscht. In der That beobachtet man oft genug Fälle, welche zwischen der hallucinatorischen Varietät der Melancholie und der stuporösen Varietät der acuten hallucinatorischen Paranoia, oder andere, welche zwischen der hallucinatorischen Varietät der Stupidität und der stuporösen Varietät der acuten hallucinatorischen Paranoia fliessende Uebergänge darstellen.

Sehr häufig tritt die ideenflüchtige Form mit der stuporösen Form zu einem sog. Zirkel zusammen. Bald hat es mit einem solchen Zirkel sein Bewenden, bald wiederholt sich derselbe regelmässig in be-

*) Fig. 9 der physiognomischen Tafeln giebt den Gesichtsausdruck und die Haltung einer acuten stuporösen Paranoia wieder.

stimmten Intervallen. Man bezeichnet diese Form des circulären Irreseins auch kurz als „circuläre Paranoia“. In der Pubertät beobachtet man nicht selten eine circuläre Paranoia, bei welcher sich unregelmässig stets ideenflüchtig-heitere und stuporös-depressive Phasen ablösen. Intervalle fehlen meist ganz. Auch ist die Prognose im Gegensatz zu der eigentlichen regelmässigen circulären Paranoia günstig.

Die Prognose der ideenflüchtigen und der stuporösen Varietät ist eher günstiger als diejenige der typischen acuten hallucinatorischen Paranoia. Namentlich ist bei der ideenflüchtigen Form der Ausgang in secundäre Demenz sehr selten.

3. Die incohärente Varietät. Ihre Hauptsymptome sind Hallucinationen nebst secundären Wahnvorstellungen und primäre Incohärenz des Vorstellungsablaufs nebst entsprechender motorischer Incohärenz. Stets besteht eine ausgesprochene primäre Unorientirtheit. Die motorische Incohärenz führt oft auch zu Paramimie und zu Pseudoparaphasie. Die affectiven Erregungen zeigen ganz regellose Schwankungen. Zuweilen herrscht im Ganzen Exaltation, zuweilen Depression vor. Auch Ideenflucht oder Denkhemmung können als complicirende Symptome hinzutreten. Im Ganzen kommt öfter motorische Agitation als motorische Hemmung zu der Incohärenz hinzu. Daher kommt es häufig zu den in der allgemeinen Pathologie genauer besprochenen sinnlosen und rücksichtslosen Jactationen, welche früher auch als Chorea magna beschrieben wurden. Gerade in diesen Fällen schwerster Incohärenz mit Agitation tritt oft auch Fieber auf (bis über 40°): so kommt die schon öfter erwähnte lebensgefährliche Symptomtrias des sog. Delirium acutum zu Stande. — Nicht selten tritt die primäre Incohärenz ganz in den Vordergrund, Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen treten mehr zurück und können sogar tage- und wochenlang während des Krankheitsverlaufs ganz ausbleiben.

Auch der Verlauf der incohärenten Form hat viel Eigenthümlichkeiten. Oft geht monatelang dem Ausbruch der Krankheit ein excentrisches, exaltirtes Gebahren voraus. Von jenem eigenthümlichen Gefühl des Misstrauens und der Unheimlichkeit, mit welchem die typische Form einsetzt, ist keine Rede. Die eigentliche Krankheit d. h. ihr Hauptstadium setzt in der Regel sehr plötzlich mit einer rasch zunehmenden Incohärenz ein. Dem gebildeten Kranken „fällt die Correspondenz schwer“; er verliert den Faden und versetzt, verwechselt und verschreibt die Worte. Die gewöhnlichen Handlungen des Tages verlieren ihren Zusammenhang und ihr Ziel. Angst wird meist bestimmt in Abrede gestellt, öfter wird über „Hitze und Unruhe im Kopf“ geklagt. Ein unheimliches paramimisches Lachen erscheint — dem Kranken selbst räthselhaft — auf dem Gesicht. Am nächsten Tage spricht der Kranke

auffällig viel. Dabei verliert er den Faden oft. Er fürchtet, nicht verstanden zu werden. Um sich sicher verständlich zu machen und Zeit zu richtiger Gedankenbildung zu gewinnen, sprechen die Kranken in abgesetztem saccadirtem Ton, oft auffällig laut, keineswegs rasch; alle Silben werden seltsam scharf ansgesprochen. Der Kranke ruft den Arzt immer wieder zurück: er will ihm seinen Zustand erklären und vermag es nicht. Hallucinationen und Illusionen fehlen oft vollkommen. Die Wünsche des Kranken sind ganz zusammenhangslos, zum Theil widersprechen sie sich direct. In die Satzbildung schleichen sich mehr und mehr Anakoluthe ein. In dem rathlosen Gesicht des Kranken malt sich Verzweiflung über den rapid zunehmenden Zerfall des Denkens. Um die Gedanken zusammenzuhalten, will der Kranke alles niederschreiben, aber das Geschriebene verliert gleichfalls allen Zusammenhang. Fortwährend drängen sich Zwischengedanken ein. Manche Sätze bleiben bereits unverständlich. Es „graut" dem Kranken „vor sich selbst". Er bittet den Arzt, ihm wieder in den Gedankengang, ja selbst in die Satzconstruction hineinzuhelfen. Bald entstehen minutenlange Pausen, bald fliessen die Worte rasch, aber zusammenhangslos. Das Mienenspiel verändert sich: die Stirn wird motivlos gerunzelt, der Mund gespitzt, die Nasenflügel zucken öfter. Die Gesticulation entspricht dem Affect und den Worten nicht mehr. Oft hat sie etwas Theatralisches. Nach einigen Tagen spricht der Kranke nicht mehr immer in Sätzen. Oft ist der Sinn kaum zu erkennen. Anfangs sucht der Kranke durch Saccadiren oder scheinbar katatonisches Wiederholen vergebens den Zusammenhang wiederzugewinnen. Mutismus und überhastetes Sprechen lösen sich ab. Das Geberdenspiel wird ganz sinnlos: der Kranke zerrt an der Lippe, er schlägt mit dem Arm in die Luft, er verbiegt den Rumpf. Den Arzt erkennt er noch. Auf Fragen erfolgen die ersten Worte der Antwort noch correct, aber schon gegen das Ende des Satzes geht Construction und Sinn verloren. Viele Sätze und selbst Worte bleiben unvollendet. Der Schlaf flieht den Kranken vollständig. Er isst noch nothdürftig. Spätestens nach acht Tagen hat die Krankheit ihre volle Höhe erreicht. Die Ideenassociation ist in ein zusammenhangsloses Nebeneinander von Worten aufgelöst. Assonanzen und paraphasische Störungen finden sich gelegentlich. Sinnlose Silbenzusammenstellungen werden fast stets gebildet. Hallucinationen und Illusionen können fast völlig fehlen. Die unzusammenhängendsten Affecte spielen auf dem Gesicht des Kranken sich ab: oft ist auf dem verzerrten Gesicht ein bestimmter Affect überhaupt nicht mehr zu erkennen. Ein längeres Fixiren der Augen auf einen Gegenstand kommt kaum mehr vor. Die Jactationen steigern sich ins Maasslose. Erzwingt man einen Gehversuch, so taumelt der Kranke. Bei Drehungen verliert er vollends das Gleichgewicht. Den ihm gereichten Becher mit Wasser

fasst er ganz ungeschickt an und bringt ihn nicht allein an die Lippen; schliesslich fällt er ihm aus der Hand. Er sangt am Betttuch, krallt sich an den Bettwänden fest und zerreisst die Wäsche. Einnässen, Spucken und Zähneknirschen fehlen selten. Jetzt stellt sich auch Unorientirtheit ein. Der Kranke nennt eine falsche Jahreszahl oder noch häufiger antwortet er auf die Frage nach dem Monat mit „sechs Uhr" oder „Sommer" oder „1800" u. dgl. Er weiss nicht, wie lange er in der Anstalt ist. Der Arzt wird nicht mehr erkannt, jetzt mit diesem, im nächsten Augenblick mit jenem verwechselt. Selbst den eigenen Namen geben die Kranken oft falsch an; verheirathete Frauen geben zuweilen ihren Mädchennamen an. Nicht alle Fälle erreichen diese Akme, sondern bleiben in früheren Stadien stehen. Im Stadium akmes tritt häufig der Tod ein Die Heilung, in anderen Fällen, vollzieht sich schubweise, meist sehr langsam. Die Stimmung ist monatelang sehr labil. Motivlos wechseln die entgegengesetztesten Stimmungen. Oft treten anfallsweise schwere Hemmungen der Ideenassociation ein. Die weinerliche Reizbarkeit des genesenden Maniacus oder ausgesprochene reactive Hyperthymie sind selten. Noch wochenlang verschreiben und versprechen die Kranken sich öfter. Eine eigenthümliche körperliche Unruhe fehlt fast nie: „Ich habe ein Vibriren vom Kopf bis zu den Zehen." „Es ist etwas Ungewisses, ein Gedankendurcheinander." Die Orientirung erfolgt namentlich bei den weniger gebildeten Kranken äusserst langsam. Vereinzelte Wahnvorstellungen und Hallucinationen können in einigen Fällen aus dem Stadium akmes mit hinübergenommen werden. Die genesenen Kranken zeigen meist einen partiellen Erinnerungsdefect. Ueber Hallucinationen wissen die Kranken meist sehr wenig zu erzählen, ebensowenig über Wahnvorstellungen; die meisten erschöpfen sich in Beschreibungen „des närrischen Wirrwarrs" in ihrem Kopf. Ausgang in secundäre Demenz ist sehr selten. In fast einem Drittel der Fälle endet die Krankheit tödtlich. Die heilenden Fälle verlaufen bald peracut in zwei bis drei Wochen, bald äusserst langsam; noch nach $1\frac{1}{2}$ Jahren kommen Heilungen vor.

Andere Varietäten der acuten hallucinatorischen Paranoia treten auf dem Boden bestimmter Intoxicationen und auf dem Boden bestimmter functioneller Neurosen auf. Die wichtigsten sind die alkoholistische, die epileptische und die hysterische acute hallucinatorische Paranoia.

1. Die alkoholistische Varietät. Bald tritt diese peracut auf und heisst dann auch Delirium tremens, bald acut und heisst dann acute alkoholistische hallucinatorische Paranoia s. str.

Das Delirium tremens tritt bei chronischen Trinkern*) auf

*) Meist handelt es sich um chronische Schnapstrinker, sehr selten ist Delirium tremens bei chronischem excessivem Biergenuss.

entweder in Folge plötzlicher Abstinenz oder in Folge eines einzelnen besonders starken Alkoholexcesses oder endlich in Folge intercurrenter Krankheiten (z. B. einer acuten Exacerbation des chronischen Magenkatarrhs der Trinker oder einer Pneumonie oder einer Knochenfractur). Selten ist eine Gemüthserschütterung das auslösende Moment. Der Verlauf und die Symptome weichen von der typischen acuten hallucinatorischen Paranoia in einigen Punkten ab. Meist geht ein mehrtägiges Prodromalstadium voraus, in welchem die Kranken über motorische Unruhe und Müdigkeit, stärkeres Zittern, Angstaffecte, elementare Sinnestäuschungen (Ohrensausen, Funkensehen, eigenartige Kopfsensationen), beängstigende Träume, Schlaflosigkeit, Schwindel und Unfähigkeit zu concentrirtem Denken klagen. Den Angehörigen fällt eine gesteigerte Reizbarkeit auf. Meist ganz plötzlich schliesst sich hieran das Höhestadium der Krankheit. Dies dauert 2—10 Tage. Es entspricht im Wesentlichen ganz der typischen hallucinatorischen Paranoia. Unter den Hallucinationen überwiegen die Visionen. Dieselben zeigen die Eigenthümlichkeiten, welche die alkoholistischen Hallucinationen überhaupt haben (vgl. allgemeine Pathologie): Buntheit, schreckhaften Inhalt, Beweglichkeit und Multiplicität der visionären Figuren. Kleine und grosse Thiere in zahlloser Menge wimmeln umher und beissen nach dem Kranken. Etwas seltener sind Visionen von Flammen und Fratzen. Gelegentlich stellen sich auch Visionen obscönen Inhalts ein. Die Gehörstäuschungen bestehen in „Concerten“, Schimpfworten, brausendem Lärm einer „das Haus bestürmenden“ Menschenmenge u. dgl. Dabei watet der Kranke oft in Wasser, fühlt sich in Netze verstrickt oder liegt in Spinnweben. — Entsprechend der Massenhaftigkeit und namentlich der raschen Häufung der Hallucinationen kommt es verhältnissmässig bald zu einer völligen Unorientirtheit. Der Kranke glaubt sich bald in einem Wirthshaus bald in seiner Wohnung, bald in einem Kerker u. s. w. Er giebt Monatsdatum und Jahreszahl oft falsch an. Unzählige Personenverkennungen kommen hinzu. Allenthalben glaubt er Bekannte zu erkennen. Hierzu kommt eine hochgradige theils hallucinatorische theils primäre Incohärenz und eine heftige gleichfalls theils hallucinatorische theils primäre Angst. — Die Handlungen des Deliranten entsprechen diesen psychischen Störungen. Fast ausnahmslos kommt es zu schwerer motorischer Agitation, oft zu ausgesprochener Tobsucht. Auf Grund der Hallucinationen kommt es zu gefährlichen Angriffen auf die Umgebung, Brandstiftungsversuchen, planlosem Umherirren, mitunter auch zu Selbstmordversuchen. Auch stereotype Bewegungen, z. B. stundenlanges Zupfen des Drahtes, den der Kranke um sich aufgethürmt sieht, sind sehr häufig.

Zu diesen psychischen Symptomen, welche sämmtlich Nachts stärker

entwickelt zu sein pflegen als am Tage, kommen zahlreiche somatische Symptome. Die wichtigsten — abgesehen von den gewöhnlichen Zeichen des chronischen Alkoholismus — sind:

α. Fiebertemperaturen (bis über 43°), Pulsarhythmie, Herzschwäche; letztere gieht sich in der Dicrotie des Pnlses, in der Unhörharkeit des erster Tons an der Herzspitze und in der Kühle und Cyanose der peripherischen Körpertheile kund. Meist besteht Hyperidrosis.

β. Die Znnge ist borkig helegt. Znweilen bestehen profuse Durchfälle. Häufiger ist hartnäckige Obstipation. Der Urin ist hochgestellt nnd enthält oft Propepton und Eiweiss. Appetit und Schlaf fehlen vollständig.

γ. Oft hesteht ausgesprochenes Romherg'sches Schwanken. Der alkoholistische Tremor erreicht die höchsten Grade. Seltener kommt es zu echten epileptischen Anfällen. Der Gang ist taumelnd. Die Sehnenphänomene sind gesteigert, die Hautreflexe hald gesteigert bald herabgesetzt. Sehr häufig ist hochgradige Hypalgesie, viel seltener Hyperalgesie und Hyperästhesie. Die Gesichtsfelder sind eingeengt.

Dies Akmestadium des Delirinm tremens endet meist kritisch mit einem vielstündigen Schlaf. Aus diesem erwachen die Kranken frei von Angst nnd Hallncinationen. Nur ein „wüstes Gefuhl im Kopf“ hält noch einige Zeit an. Auch können in den nächsten Nächten noch vereinzelte Hallncinationen oder Illusionen auftreten. Zuweilen persistiren einige auf der Krankheitshöhe auf Grund von Hallucinationen concipirte Wahnvorstellungen noch einige Wochen; schliesslich werden dieselben meist vollständig corrigirt und der Kranke ist — his auf seine psychische Degeneration — wieder genesen. Die Erinnerung für die hallucinatorischen Erlehnisse ist meist wenigstens theilweise erhalten.

Die Ausgänge des Delirium tremens sind Heilung oder Tod. Ausgang in chronische Paranoia ist selten. Der Tod erfolgt in ca. 10% aller Fälle bald durch intercurrente Krankheiten (Pneumonie, Darmkatarrh u. dgl.) bald durch Herzschwäche.

Von dieser peracuten hallucinatorischen Paranoia der Alkoholisten, dem eben heschriebenen Delirium tremens, nnterscheidet sich die acute hallucinatorische Paranoia (s. str.) der Alkoholisten nur durch den langsameren Krankheitsanstieg, die längere Dauer (drei Wochen his vier Monate) und das langsamere Abklingen. Entsprechend der geringeren Menge und der langsameren Entwicklung der Hallucinationen ist die Unorientirtheit und die Incohärenz erheblich geringer. Desgleichen sind die körperlichen Symptome weniger ausgesprochen. Die Gefahr eines tödtlichen Ansgangs ist geringer, diejenige eines Ausgangs in chronische Paranoia grösser.

2. Die epileptische Varietät. Die acute hallucinatorische

Paranoia der Epileptiker zeigt eine grosse Reihe von Eigenthümlichkeiten. Dieselbe wird auch kurz als epileptischer Dämmerznstand bezeichnet. Die charakteristischsten Merkmale sind bereits in der allgemeinen Pathologie (Seite 242) angegeben worden. Es ist hier noch nachzutragen, dass das Auftreten dieser Dämmerzustände oft eine bestimmte zeitliche Beziehung zu den Krampfanfällen des Kranken erkennen lässt. Bald geht nämlich der Dämmerzustand einem Krampfanfall unmittelbar voraus, bald folgt er einem solchen nnmittelbar nach, bald endlich bleiben ein oder mehrere Krampfanfälle aus, und statt dessen tritt ein Dämmerzustand ein. Im ersten Fall spricht man von einem präepileptischen, im zweiten von einem postepileptischen Dämmerznstand, im dritten von einem psychischen Aequivalent. Erhebliche Verschiedenheit in den Symptomen und im Verlauf zeigen diese drei Formen nicht. Anch kommen Dämmerzustände vor, welche keinerlei Beziehung zn den Krampfanfällen erkeunen lassen; zuweilen treten letztere auch im Verlauf des Dämmerzustandes noch auf.

Im Ganzen überwiegt bei den epileptischen Dämmerzuständen die Denkhemmnng. Bald tritt sie dauernd bald episodisch auf. Zuweilen bestehen zugleich schwere primäre Angstaffecte mit ungemein qnalvollen Oppressions- und selbst Erstickungsgefühlen in der Brnst. Erheblich seltener wird der Dämmerzustand von krankhafter primärer Heiterkeit und Ideenflucht begleitet. Am häufigsten begegnet man dieser Form noch bei Kranken, welche bereits an ausgesprochener epileptischer Demenz leiden. Dementsprechend fällt meist das läppische, kindisch-heitere Gebahren und die alberne Geschwätzigkeit in diesen Anfällen auf. — Die Hallncinationen zeigen bei aller Lebbaftigkeit nnd Buntheit eine gewisse Monotonie. Anch kehren einige wenige Hallucinationen in bemerkenswerther Uebereinstimmnng bei allen Epileptikern wieder. Die Kranken sehen den Himmel offen, Gott, Christus, die Jungfrau und Engel erscheinen ihnen, oft tröstet sie eine göttliche Stimme über ihre Krankheit. Andere sehen wilde Thiere, drohende Gestalten, Feuerflammen, zerfallene, Einsturz drohende Häuser, überschwemmende Wasserfluthen, aufgethürmte Maschinen, Blutlachen. Auch bei den Akoasmen überwiegt religiöser oder schreckhafter Inhalt; die Kranken hören göttliche Befehle, gellendes Getöse, Kanonendonner, Drohungen u. dgl. m. — Die Unorientirtheit nnd Incohärenz ist die grösste, welche überhaupt bei Geisteskranken heobachtet wird. Theils ist sie primär, theils hallucinatorisch hedingt. — Die Handlungen und Bewegungen variiren im Einzelnen enorm. Manche Epileptiker verharren bei allen ihren hallucinatorischen Erlebnissen in Folge starker motorischer Hemmung wochenlang fast regnngslos; Abstinenz und Mutismus sind in solchen Fällen häufig. Mitunter wird ein solcher Stupor plötz-

lich von einer jähen, impulsiven Gewaltthat unterbrochen. In anderen Fällen überwiegt die Agitation: es kommt zu planlosem Fortlaufen, schweren Gewaltthätigkeiten*) (sowohl gegen die eigene Person wie gegen die Umgebung) und sinnlosem Wüthen gegen leblose Objecte (Zerstören von Mobiliar, Zerreissen der Kleider). Sehr häufig ist auch das Gebahren der religiösen Extase. Seltener sind complicirtere Handlungen wie Diebstähle, Schwindeleien u. dgl. Die meisten Dämmerzustände setzen rasch ein und enden plötzlich. Fast stets besteht hochgradige Amnesie. Die Dauer schwankt zwischen einigen Stunden und mehreren Monaten. Je länger der Anfall dauert, um so weniger plötzlich pflegt er abzuschliessen. Die meisten epileptischen Dämmerzustände gehen in Heilung über. Aeusserst selten ist Ausgang in chronische hallucinatorische Paranoia. Recidive sind sehr häufig. Tödtlicher Ausgang durch intercurrente Krankheiten oder in einem plötzlich die Psychose unterbrechenden schweren Krampfanfall kommt gelegentlich vor.

3. Die hysterische Varietät oder der hysterische Dämmerzustand. Auch der hysterischen Dämmerzustände wurde bereits in der allgemeinen Pathologie gedacht. Namentlich wurde der romanhafte Character und Zusammenhang der successiven Sinnestäuschungen hervorgehoben. Neben schreckhaften und religiösen Sinnestäuschungen kommen häufiger erotisch gefärbte vor. Oefter als in den epileptischen Dämmerzuständen kommt es zu complicirten hallucinatorischen Erlebnissen: die Kranke wallfahrtet nach Rom oder nach Jerusalem, predigt in der Wüste, baut Tempel, wandert über Schlachtfelder, wird in Kerker geworfen, kämpft mit wüthenden Stieren, hält Hochzeit, wird von Seeräubern geraubt und missbraucht u. s. f. Unter den Stimmen überwiegen Schimpfworte, namentlich sexuelle Verdächtigungen. Hallucinationen auf dem Gebiete der Geruchs-, Geschmacks-, Haut- und Organempfindungen (Schwangerschaftssensationen) spielen eine grössere Rolle. Auf dem Gebiete des Gesichtssinns sind namentlich Illusionen (fratzenhafte Verzerrungen der Gesichter der Umgebung) häufig. — Stuporöse Zustände sind nicht so häufig wie in den epileptischen Dämmerzuständen. Je nach dem Inhalt der Hallucinationen und secundären Wahnvorstellungen wechselt das Gebahren sehr: bald singen die Kranken Choräle, bald vergreifen sie sich an ihrer Umgebung, bald entkleiden sie sich und machen dem Arzt obscöne Anträge, bald kommt es zu impulsiven Fluchtversuchen (Sprung aus dem Fenster). Dabei zeigt sich, dass die von den wirklichen Objecten ausgelösten Empfindungen mit in die hallucinatorischen Erlebnisse verflochten werden. So windet sich die Kranke, welche ihre Hochzeit zu feiern wähnt, Brautkränze aus dem Seegras, welches

*) Viele derselben beruhen auf jäh wechselnden Personenverkennungen.

ihr in die Zelle gegehen worden ist, u. dgl. m. In dem jähen Affectwechsel giebt sich die hysterische Stimmungslabilität oft anch während des Dämmerzustandes kund. — Analgesie ist fast ebenso häufig wie hei den epileptischen Dämmerzuständen.

Eine hestimmte Beziehung des Auftretens der hysterischen Dämmerzustände zu den hysterischen Krampfanfällen lässt sich oft nicht ermitteln. Oft ist eine Gemüthserschütterung das auslösende Moment. Nicht selten schliesst sich in solchen Fällen an den Affectshock zunächst ein hysterischer Krampfanfall und an diesen der hysterische Dämmerzustand. Sehr häufig heobachtet man anch während des hysterischen Dämmerzustandes einzelne Krampfanfälle oder anch einzelne Rudimente eines Krampfanfalls. Die Daner schwankt zwischen einigen Stunden und mehreren Monaten. Ausgang in chronische Paranoia ist selten, desgleichen tödtlicher Ausgang („acnte tödtliche Hysterie"). Letzterer erfolgt meist, indem ein dem Delirium acutum verwandter Znstand sich entwickelt.

Auch mit der alkoholistischen, epileptischen und hysterischen Varietät sind die wichtigsten Varietäten der acuten hallucinatorischen Paranoia noch nicht erschöpft. Es hleiht noch eine Varietät zu hetrachten, welche man als die periodische Paranoia hezeichnet. Diese entspricht durchaus der periodischen Manie und der periodischen Melancholie. Wie diese entwickelt sie sich am häufigsten auf dem Boden schwerer erblicher Belastung. Die einzelnen Anfälle entsprechen zuweilen der typischen Form, häufiger der ideenflüchtigen, seltener der incohärenten Form der acnten hallucinatorischen Paranoia. Ah und zu heobachtet man anch, dass die einzelnen Anfälle der periodischen Paranoia nicht identisch sind. Der erste kann der typischen hallncinatorischen Form, der zweite und dritte der ideenflüchtigen, der vierte der incohärenten Form entsprechen u. s. f. Zuweilen kaun sogar eine hallncinatorische Manie vicariirend für einen paranoischen Anfall eintreten. Gerade dieser Polymorphismus heweist am schärfsten, dass zwischen der Paranoia hallncinatoria acnta und namentlich zwischen der ideenflüchtigen Varietät derselhen und der Manie eine enge Verwandtschaft hesteht. Der einzelne Anfall der periodischen Paranoia ist meist durch hrüskes Eiusetzen ausgezeichnet. Seine Daner heläuft sich meist auf ein his zwei Monate. Selten ist ührigens die Periodicität so streng eingehalten, wie man dies oft hei der periodischen Manie findet. Heilungen kommen fast nie vor.

Aetiologie. Erhliche Belastung ist nur hei der Hälfte aller Fälle nachweishar. Bei weihlichen Individuen ist die acute hallncinatorische Paranoia etwas häufiger als hei männlichen. Epilepsie und Hysterie schaffen eine hesondere Prädisposition für diese Psychose. Die hesonderen Eigenthümlichkeiten der epileptischen und hysterischen acuten hallucina-

torischen Paranoia sind unter den Varietäten hervorgehoben worden. Die chronische Alkohol-, Blei- und Cocainvergiftung prädisponiren zu der Erkrankung an acuter hallucinatorischer Paranoia. Weiter gehören die meisten fehrilen und postfehrilen Psychosen hierher. Ueberhaupt ist die acute hallucinatorische Paranoia die Erschöpfungspsychose κατ' ἐξοχήν. Daher begegnet man ihr nach intellectueller Ueberanstrengung, nach körperlichen Strapazen, bei ungenügender Ernährung, auf dem Boden schwerer Anämie, nach gehäuften Puerperien oder einer schweren Enthindung, bei protrahirter Lactation, im Gefolge schwerer sexueller Excesse u. s. f.

Die typische Form der acuten hallucinatorischen Paranoia kommt in jedem Lebensalter vor. Im Pubertätsalter sowie im Senium tritt sie besonders häufig auch ohne ganz specielle Gelegenheitsveranlassung (Enthindung, fieberhafte Erkrankung u. dgl.) auf, im mittleren Lebensalter lässt sich fast stets eine erhebliche specielle Gelegenheitsveranlassung für den Ausbruch nachweisen.

Diagnose. Die Diagnose stützt sich vor Allem auf den Nachweis primärer Hallucinationen und den weiteren Nachweis, dass diese Hallucinationen dauernd das Krankheitsbild beherrschen. Für diesen Nachweis kommen die Ausführungen in der allgemeinen Pathologie S. 30 und 34 ff. namentlich in Betracht.

Verwechslungen sind möglich mit:

1. Manie. Ueber die entscheidenden differentialdiagnostischen Merkmale ist unter Manie nachzulesen.

2. Melancholie. S. Differentialdiagnose unter Melancholie.

3. Stupidität. S. Differentialdiagnose unter Stupidität.

4. Dementia paralytica. Hallucinationen nebst secundären Wahnvorstellungen sind bei der Dementia paralytica sehr häufig. Damit ist die Gelegenheit zu Verwechslungen mit acuter hallucinatorischer Paranoia gegeben. Um zu einer sicheren Entscheidung zu gelangen, bedarf es vor Allem einer genauen körperlichen Untersuchung. Vor allem wird man peinlich genau nach den schon mehrfach erwähnten, für Dementia paralytica characteristischen Symptomen resp. anamnestischen Daten (Facialisparesen, Verlust oder Ungleichheit der Kniephänomene oder Achillessehnenphänomene, Lichtstarre der Pupillen, hesitirende Spracharticulation, paralytische Anfälle*) forschen. Ein einziges dieser Merkmale genügt, um die Diagnose auf Dementia paralytica hinzulenken. Wiederum gilt auch hier der Satz, dass man bei syphilitisch

*) Die früher bei analogen Differentialdiagnosen angeführte cutane Analgesie ist hier nicht beweisend, da die hysterische, epileptische und alkoholistische Paranoia eine solche Analgesie gleichfalls zeigen.

gewesenen Männern im mittleren Lebensalter mit der Diagnose einer acuten hallucinatorischen Paranoia besonders vorsichtig sein soll. Weiterhin käme differentialdiagnostisch auch der Intelligenzdefect in Betracht, den die Dementia paralytica stets aufweist. Indess lässt eine Intelligenzprüfung auf der Höhe der Krankheit meist im Stich, bald wegen der Agitation bald wegen des Stupors bald wegen der Incohärenz. Nur bei gelegentlichen Remissionen wird eine exacte Beurtheilung der Intelligenz des Kranken möglich sein. Viel werthvollere Aufschlüsse giebt in dieser Richtung die Anamnese; diese ergieht bei der Dementia paralytica, dass dem vollen Krankheitsausbruch bereits längere Zeit Vergesslichkeit vorausgegangen ist sowie, dass der Kranke schon seit längerer Zeit sich öfter auffällige Taktlosigkeiten hat zu Schulden kommen lassen.*) Bei der acuten hallucinatorischen Paranoia kommen solche Prodromalsymptome im Allgemeinen nicht vor.

5. Dementia senilis. Auch bei dieser sind Hallucinationen nebst secundären Wahnvorstellungen nicht selten. Die körperliche Untersuchung lässt häufig im Stich; denn einerseits verläuft die senile Demenz nicht selten (jedenfalls erheblich häufiger als die Dementia paralytica) lange Zeit ohne ausgesprochene körperliche Symptome, und andererseits findet man gerade bei der acuten hallucinatorischen Paranoia des Seniums ab und zu gleichfalls einzelne körperliche Symptome, wie sie bei der senilen Demenz vorkommen, so z. B. flüchtige Facialisparesen, paraphasische Störungen, Schwindelanfälle u. dgl. m. Man ist also in viel höherem Maasse als bei der vorausgegangenen Differentialdiagnose auf die Prüfung der Intelligenz angewiesen. Diese begegnet jedoch hier denselben Schwierigkeiten, wie sie oben erörtert wurden. Hat man daher nicht Gelegenheit in einer Remission einen sicheren Intelligenzdefect nachzuweisen oder anamnestisch festzustellen, dass dem vollen Krankheitsausbruch erheblichere Vergesslichkeiten oder ein auffälliger Verfall der ethischen Begriffe und Gefühle (sexuelle Verirrungen!) vorausgegangen sind, so lässt man meist besser die Diagnose vorläufig in suspenso.

Mit der Feststellung der acuten hallucinatorischen Paranoia ist die diagnostische Arbeit noch nicht erledigt. Man hat sich stets die weitere Frage vorzulegen, ob die typische Form oder eine der oben aufgezählten Varietäten vorliegt. Namentlich ist es für die Stellung der Prognose wie für die Behandlung wichtig festzustellen, ob etwa chronischer Alkoholismus, Epilepsie oder Hysterie der acuten hallucinatorischen Erkrankung zu Grunde liegt. Diese Feststellung wird erheblichen Schwierigkeiten nicht begegnen, wenn man einerseits die dauernden Merkmale

*) Wo es sich um einen Alkoholisten handelt, lassen aus Gründen, welche sich ohne Weiteres aus den Angaben über psychische alkoholistische Degeneration (S. 223) ergeben, diese Merkmale öfter im Stich.

des Alkoholismus, der Epilepsie und der Hysterie und die anamnestischen Daten (Abusus spirit., Krampfanfälle) in Betracht zieht und andererseits die Eigenartigkeiten der Symptome und des Verlaufs, welche oben für jede Varietät angegeben wurden, berücksichtigt.

Therapie. Die Behandlung der acuten hallucinatorischen Paranoia ist fast stets nur in einer Anstalt durchführbar. Selbst bei den stuporösen Formen sind plötzliche gefährliche Erregungszustände, denen ausserhalb der Anstalt nicht zweckmässig begegnet werden kann, zu häufig, als dass der Arzt häusliche Behandlung versuchen könnte. Höchstens bei dem Delirium tremens wird die Einlieferung in eine geschlossene Anstalt oft überflüssig, weil die Psychose oft schon abgelaufen ist, wenn die leider oft sehr umständlichen Formalitäten behufs Erlangung der Aufnahmegenehmigung sämmtlich erfüllt sind.

Die Behandlung bis zur Einlieferung in die Anstalt wird in vielen Fällen namentlich die hochgradige Erregung der Kranken berücksichtigen müssen. Jeder Hallucinant ist unberechenbar. Man ordne daher stets eine ständige Ueberwachung des Kranken bei Tag und bei Nacht an. Ausserdem treffe man Vorkehrung, dass die Person, welche den Kranken bewacht und pflegt, im Nothfall rasch Hülfe zu erhalten vermag, ohne dass sie zu diesem Zwecke den Kranken im Stich lassen muss. Ebenso bedarf es — namentlich wenn zugleich Angstaffecte bestehen — sorgfältiger Vorschriften, um Selbstmordversuche zu vereiteln. Man kann sich die Beaufsichtigung des Kranken dadurch sehr erleichtern, dass man Bettruhe verordnet. Gegen die hallucinatorische Erregung ist Opium am wirksamsten (über die Dosen ist die allgemeine Therapie nachzulesen). Besteht tobsüchtige Erregung, so greife man zu Hyoscin- oder Duboisineinspritzungen.

In der Anstalt ist in den meisten Fällen gleichfalls absolute Bettruhe während der acuten Krankheitserscheinungen indicirt. In denjenigen Fällen, welche sich auf dem Boden schwerer körperlicher oder geistiger Erschöpfung entwickelt haben, bewährt sich eine methodische Opiumbehandlung. Man beginnt mit einer Tagesdosis von 0,2 g und steigt bis zu Tagesdosen von 0,6 g. Es ist dabei nicht vortheilhaft, wie es bei der Melancholie empfohlen wurde, unbekümmert um jeweilige Exacerbationen und Remissionen dieselbe Dosis weiter zu gehen, sondern man muss die Höhe der Tagesdosis entsprechend der Steigerung und der Abnahme der hallucinatorischen Erregung modificiren. Oft bewährt sich die Zufügung kleiner Dosen Chinin oder Arsen, ohne dass wir bislang für diese Mittel bestimmte Indicationen aufstellen könnten. Auch die gelegentliche Zufügung von Brom (4—6 g) ist zuweilen vortheilhaft. Hyoscin und Duboisin sind im Allgemeinen unzweckmässig, da sie — namentlich in Folge der Accommodationsstörung — die Entstehung von

Illusionen und Verkennungen begünstigen. Versagt das Opium auch bei längerer Anwendung durchaus, so kann man einen Versuch mit Chloral (4 mal täglich 0,5 g) machen.

Hydropathische Einpackungen und prolongirte Bäder erweisen sich gelegentlich zur Bekämpfung schwererer Erregungszustände zweckmässig.

Das Hauptgewicht ist auf *Uebérernährung* zu legen. Auch bei der hallucinatorischen Paranoia kommt eventuell eine Verbindung der Uebérernährung mit Massage in Betracht. Mit leichten Beschäftigungsversuchen beginne man, wenn nicht hochgradige Erschöpfung vorliegt, schon früh.

Die Behandlung der einzelnen Symptome (Abstinenz u. s. w.) ergieht sich aus der allgemeinen Therapie. Eine speciellere Besprechung bedarf nur die Behandlung jenes lebensgefährlichen Zustandes, welcher sich öfters bei der acuten hallucinatorischen Paranoia (namentlich bei der incohärenten Form) entwickelt und als Delirium acutum bezeichnet wird. Zuweilen entwickelt sich derselbe so rapid, dass der tödtliche Ausgang eintritt, hevor die Einlieferung in die Anstalt ermöglicht werden kann. Hier bedarf es eines energischen Einschreitens. Opium, Brom u. dgl. versagen fast stets, hingegen wirkt Hyoscin oft geradezu lebensrettend. Die Dosirung ist in der allgemeinen Therapie angegeben. Auf der Höhe der Erregung sind täglich 2, eventuell auch 3 Einspritzungen zu machen. Man muss rasch mit den Dosen steigen. Auch Ergotin (0,4 g pro die) bewährt sich zuweilen. Man dulde bei diesem Zustand eine Abstinenz nicht länger als 24 Stunden, sondern greife mit ernährenden Klystieren oder eventuell sofort mit Sondenfütterung ein. Bei den ersten Zeichen von Herzschwäche ist Wein in grossen Dosen zu geben, ev. auch Campher einzuspritzen (erste Dosis 0,05). Vor jedem erheblichen Wärmeverlust sind die Kranken durch Decken oder feste Anzüge oder, wo auch diese versagen, durch Ueberheizung des Krankenzimmers zu schützen. Dabei achte man darauf, dass die Luft im Zimmer feucht gehalten wird. Die Ventilation bezw. Lüftung ist von einem Nebenraum aus zu besorgen. Isolirung ist, wenn irgend möglich, völlig zu vermeiden. Peinliche Sorgfalt ist auf Reinigung der Mundhöhle zu verwenden (ev. im Hyoscinschlaf). Die Hautpflege wird am besten durch *kurze* warme Bäder gesichert. Auch jede Obstipation ist alsbald zu bekämpfen (Zufügung von Ricinusöl bei der Schlundsondenfütterung).

Im Speciellen kommt für die einzelnen Varietäten der acuten hallucinatorischen Paranoia noch Folgendes in Betracht. Bei der ideenflüchtigen Form kann man eine methodische Hyoscinbehandlung vom Beginn der Krankheit ab versuchen. Durch hohe Anfangsdosen und rasche Steigerung der Dosen gelingt es nicht selten den Krankheitsverlauf erheblich abzukürzen. Bei der stuporösen Form verzichtet man

am besten auf alle Medicamente und spart solche für etwaige intercurrente Erregungszustände auf. Dagegen bewähren sich hier tägliche warme hydropathische Einpackungen (28 ° 3/4 St.).

Gegen das Delirium tremens leistet das Opium weitans die besten und sichersten Dienste. Am vortheilhaftesten injicirt man 3—4 mal innerhalb 24 Stunden 0,05 Extr. Op. aquos. Daneben verabreicht man, sobald irgendwelche Anzeichen von Herzschwäche bestehen, Cognac in grösseren Dosen. Eventnell kommen Campherinjectionen und kalte Uebergiessungen in Betracht. Ausserhalb der Anstalt wird man bei schweren Erregungszuständen, wenn ein Isolirzimmer nicht improvisirt werden kann, Hyoscin injiciren; die höchste Anfangsdosis ist in diesen Fällen auf 0,6 mg zu hemessen. Die Ernährung bedarf genauester Controlle.

Die epileptischen Dämmerzustände sind wie jede acute hallucinatorische Paranoia zu behandeln; wegen der impulsiven Gewalthandlungen dieser Kranken bedarf es ganz besonderer Vorsicht. Isolirung ist jedenfalls einer halbgenügenden Bewachung vorzuziehen. Die reine Brombehandlung, von welcher man auf Grund der Erfahrungen bei der Behandlung der epileptischen Krampfanfälle Erfolge sich versprechen möchte, versagt meist vollständig. Eher bewährt sich die Verbindung von Opium mit Brom (erste Tagesdosis 0,2 Opium + 6,0 Natr. bromat.). Bei überhandnehmender Erregung kommt wiederum Hyoscin in Betracht. Auch kurze kalte Bäder wirken zuweilen vortheilhaft. Im Ganzen ist die Therapie selten im Stande den Verlauf des Dämmerzustandes erheblich zu mildern oder abzukürzen.

Die hysterischen Dämmerzustände ergeben keine besonderen Indicationen. Mit der Anwendung von Opium und namentlich von Morphium wird man bei der grossen Tendenz der Hysterischen zu Missbrauch dieser Mittel sehr vorsichtig sein. Lieber greife man daher in diesen Fällen zu einer Brombehandlung. Wenn irgend möglich, versuche man die Kranken schon sehr frühe zu beschäftigen. Kalte Uebergiessungen und kurze kalte Bäder leisten oft gute Dienste. Der erfahrene Arzt wird zuweilen auch mit Vortheil die Hypnose (mit oder ohne Suggestion) in Anwendung bringen können.

Pathologische Anatomie. Auch die acute hallucinatorische Paranoia gehört zu den functionellen Psychosen. In schweren, tödtlich verlaufenen Fällen, namentlich also bei dem sog. Delirium acutum ergiebt die Section öfters eine venöse Hyperämie des Gehirns, öfter auch Hirnödem. Beide Befunde sind wohl erst in den letzten Lebenstagen oder Lebensstunden des Kranken zu Stande gekommen. Eine directe ursächliche Beziehung zu dem ganzen Krankheitsprocess ist unwahrscheinlich. Eher dürften die mikroskopischen Veränderungen der Ganglienzellen

(trübe Schwellung), welche man zuweilen gefunden hat, und die Faserveränderungen, welche auf dem Rückenmarksqnerschnitt sich ab und zu schon für das blosse Auge durch grane Fleckungen zu erkennen geben, zu dem Krankheitsprocess selbst in Beziehnng zu setzen sein.

II. Paranoia hallucinatoria chronica.

Die chronische hällncinatorische Paranoia ist eine fnnctionelle chronische Psychose, deren Hanptsypmtome Hallucinationen und secundär aus diesen hervorgegangene Wahnvorstellungen sind. Bei typischem Verlaufe kommen primäre Affectstörungen oder primäre formale Associationsstörungen (primäre Ideenflncht, primäre Denkhemmung, primäre Incohärenz) nicbt vor, vielmehr sind die etwa auftretenden Affecte nnd Associationsstörungen ausscbliesslich secnndär, d. h. durch den Inhalt der Sinnestäuscbungen bezw. Wabnvorstellungen bedingt.

Specielle Symptomatologie.

Störnngen des Empfindens. Diese bescbränken sich fast ausschliesslich auf Hallucinationen und Illusionen. Nur wenn Complicationen (z. B. mit Hysterie) vorliegen, beobachtet man anch Anästhesien, Hypästhesien nnd Hyperästhesien. Die Hallncinationen und Illnsionen stimmen im Einzelnen ganz mit denjenigen der acuten hallucinatorischen Paranoia überein. Doch überwiegen im Ganzen die Gehörstäuschnngen, während die Gesichtstäuschnngen mehr zurücktreten. Bald überwiegen vermittelte bald unvermittelte Hallncinationen. Ihre sinnliche Lebhaftigkeit ist nicbt geringer als bei der acuten hallucinatoriscben Paranoia. Auf andere Besonderheiten der Sinnestäuschungen der chronischen Form wird bei der Darstellung des Verlaufes der Krankheit einzugehen sein. Im Ganzen treten die Hallncinationen nicht so massenbaft auf, nur bei intercurrenten Exacerbationen häufen sie sich ab nnd zn in einer an die acute Form erinnernden Weise.

Störungen des Vorstellens. Der formale Ablauf der Ideenassociation ist meistens völlig normal. Die Hallucinationen sind meist nicht massenbaft und nicht überraschend genug, um erhebliche secundäre Störungen der Ideenassociation hervorzurufen. Da die Sinnestäuschungen sich allmäblich entwickeln (s. nnter Verlauf), so ist der Einfluss auf die Geschwindigkeit nnd den Zusammenhang der Associationen meist gering. Nur in den bereits erwäbnten intercurrenten Exacerbationen kommt es entsprechend der massenhaften Häufung von Sinnestäuschungen anch oft zu secundärer Ideenflncht, secundärer Hemmung (meist in katatonischer Form) oder secundärer Incobärenz. Noch seltener sind primäre Associationsstörungen. Dauernd kommen solche fast niemals vor. Etwas öfter begegnet man ihnen in den er-

wähnten intercurrenten Exacerbationen oder in einzelnen Phasen des Krankheitsverlaufs. So kann z. B. eine mehrere Monate anhaltende primär-stuporöse Phase den typischen Krankheitsverlauf unterbrechen. Mitunter findet man geradezu einen mehr oder weniger regelmässigen Wechsel zweier Phasen, einer ideenflüchtigen und einer stuporösen.

Viel wichtiger sind die inhaltlichen Störungen des Vorstellens. Die Sinnestäuschungen der chronischen hallucinatorischen Paranoia führen stets zu zahlreichen secundären Wahnvorstellungen. Unter diesen überwiegen in der Regel die Verfolgungsideen sehr entschieden. Die Hallucinationen haben meist von Anfang an eine feindliche Beziehung zu dem Ich des Kranken, und im Sinne dieser feindlichen Beziehung verschiebt sich nun seine Auffassung der Aussenwelt. Erheblich seltener entwickeln sich direct aus den Hallucinationen Grössenideen. Ebenso sind hypochondrische Vorstellungen nicht gerade häufig; wo sie bei der chronischen hallucinatorischen Paranoia vorkommen, knüpfen sie meist an Hallucinationen der Haut- und Organempfindungen an und verbinden sich meist auch schon früh mit Verfolgungsideen. So empfindet der Kranke z. B. eine eigenthümliche Schwere im rechten Bein; an diese Sinnestäuschung knüpft er die hypochondrische Wahnvorstellung, das rechte Bein sei gelähmt. Mit dieser hypochondrischen Vorstellung verbindet sich aber meist alsbald die weitere, ein unsichtbarer Feind habe durch magnetische Einwirkung das rechte Bein gelähmt oder ihm das Rückenmark „ausgenommen" u. s. w. Versündignngsvorstellungen kommen am seltensten vor. Den anklagenden Stimmen gegenüber behauptet der Kranke in der übergrossen Mehrzahl aller Fälle, er sei unschuldig; nur sehr selten bekennt er sich schuldig und verlangt selbst seine Bestrafung.

Zu diesen ersten hallucinatorischen, d. h. direct den Hallucinationen entstammenden Wahnvorstellnngen kommen in den selteneren Fällen noch weitere complementäre Wahnvorstellungen hinzu. Auch diese sind vorwiegend verfolgenden Inhalts, z. Tb. handelt es sich um complementäre Grössenideen.

Endlich findet man neben den secundären und complementären Grössenideen ab und zu auch vereinzelte primäre Wahnvorstellungen, wiederum meist Verfolgungsideen oder anch Grössenideen. Bei Betrachtung der Varietäten der chronischen hallucinatorischen Paranoia wird auf diese primäre Wahnvorstellungen zurückgekommen werden.

Affectstörungen. Von ihnen gilt Aehnliches wie von den formalen Associationsstörungen. Im Allgemeinen entwickeln sich die Hallncinationen zn allmählich und zu spärlich, um schwerere secundäre Affectstörungen zu bedingen. Der Kranke hat gewissermaassen Zeit sich an seine Hallncinationen zu gewöhnen und his zu einem gewissen Grad

sich gegen sie abzustumpfen. Der Kranke ist allerdings traurig, ängstlich und erzürnt, wenn feindliche Hallucinationen überwiegen, und stolz und heiter, wenn freundliche Hallucinationen überwiegen. Aber diese Affectschwankungen bleiben meist innerhalb enger Grenzen. Oft erstaunt man geradezu, mit welcher Ruhe der Patient seine Verfolgungsideen, mit welcher Harmlosigkeit er seine Grössenideen vorträgt. Nur in den mehrfach erwähnten intercurrenten Exacerbationen kommt es entsprechend der Häufung der Hallucinationen regelmässig zu schwereren secundären Affectstörungen.*) Noch seltener sind primäre Affectstörungen. Dauernd kommen solche niemals vor. Zuweilen begegnet man ihnen intercurrent während der erwähnten Exacerbationen oder auch während einzelner Phasen der Krankheit. Auch ein periodischer Wechsel einer exaltirten Phase und einer depressiven Phase kommt gelegentlich vor.

Die Handlungen des chronischen hallucinatorischen Paranoikers bieten oft garnichts Auffälliges. Die langsamere Entwickelung der Hallucinationen lässt dem Kranken genug Zeit sich in der Selbstbeherrschung zu üben. Oft dissimulirt der Kranke. Oft verräth er durch sein ganzes Gebahren oder durch eine gelegentliche Aeusserung, dass er hallucinirt. Andere sind mittheilsamer. Sie klagen dem Arzt über ihre fortgesetzten hallucinatorischen Belästigungen. In den selteneren Fällen, in welchen dauernd gehäufte Hallucinationen bestehen, ist das motorische Verhalten dauernd in entsprechender Weise verändert. Bald beobachtet man dann jahrelang einen ununterbrochenen Pseudostupor, wenn die hallucinatorische Hemmung überwiegt, bald eine fast ununterbrochene tobsüchtige Erregung, wenn der agitirende Einfluss der Hallucinationen vorherrscht. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle begegnet man einer erheblichen hallucinatorischen Agitation bezw. einem erheblicheren hallucinatorischen Stupor nur während der oben genannten intercurrenten Exacerbationen. In diesen kommt es allerdings oft zu den schwersten Zuständen der Attonität und zu den höchsten Graden der Tobsucht.**)

Mitunter beobachtet man auch eine Art Summation der hallucinatorischen Affecte. Der Kranke hallucinirt Monate lang, ohne durch ein äusseres Zeichen innere Erregung zu erkennen zu geben, bis dann plötzlich einmal ohne wahrnehmbare besondere Häufung der Hallucina-

*) In den selteneren Fällen der chronischen hallucinatorischen Paranoia, in welchen dauernd gehäufte Hallucinationen bestehen, findet man selbstverständlich auch dauernd eine entsprechende secundäre Affectstörung.

**) Vergleiche hierzu Fig. 10 der physiognomischen Tafel, welche den Zornaffect einer tobsüchtig erregten chronischen hallucinatorischen Paranoia darstellt, sowie Fig. 4, auf welcher die katatonische Stellung eines Pseudostupors bei derselben Krankheit wiedergegeben ist.

tionen die seit langer Zeit aufsummirte hallucinatorische Erregung in einer Gewalthandlung sich entlädt.

Primäre motorische Störungen, also primäre motorische Agitation, primäre motorische Hemmung und primäre motorische Incohärenz sind ebenso selten wie primäre formale Associationsstörungen des Vorstellungsablaufs.

Körperliche Symptome. Constante körperliche Symptome fehlen vollständig.

Verlauf. Bald entwickelt sich die chronische hallucinatorische Paranoia aus einer acuten hallucinatorischen Paranoia bald entwickelt sie sich von Anfang an chronisch. Die erstere Entwicklungsweise ist bereits bei Besprechung der acuten hallucinatorischen Paranoia beschrieben worden. Weit häufiger ist die an zweiter Stelle genannte Entwicklung: ganz allmählich stellen sich Illusionen und Hallucinationen bei dem Kranken ein. Sehr oft ist das erste Auftreten von Sinnestäuschungen von einem unbestimmten allgemeinen Beeinträchtigungswahn begleitet. Meist ist zunächst nur eine corticale Sinnessphäre von der hallucinatorischen Erregung betroffen, und erst allmählich schreitet letztere auf die übrigen Sinnessphären fort. Am klarsten tritt dies in denjenigen Fällen hervor, in welchen die Krankheitsentwickelung an die subjectiven Geräusche eines seit kürzerer oder längerer Zeit bestehenden chronischen Paukenhöhlenkatarrhs anknüpft. So hörte z. B. ein chronischer Paranoiker, welcher seit dem 12. Lebensjahr an chronischem Paukenhöhlenkatarrh mit subjectiven Geräuschen litt, im 27. Lebensjahr aus dem Ohrenklingen allmählich Worte heraus („komm!" „Schwindsucht, Schwindsucht" „dummer Jüd" u. dgl.). Im Laufe der nächsten Monate wurden aus diesen vereinzelten Worten complicirtere Gespräche: Der Kranke hörte, wie Rivalen seine Geliebte bethörten. Oft riefen ihm die Stimmen auch die Bezeichnungen von Körpertheilen zu, z. B. „Unterleib", „Zunge". Bald danach spürte er. auch ein Zittern und Zwicken in der Zunge. Weiterhin kamen auch zahlreiche Gesichts- und Geruchstäuschungen hinzu. Es hatten sich also im Anschluss an die subjectiven Geräusche zunächst Akoasmen, dann haptische Hallucinationen und schliesslich Gesichts- und Geruchstäuschungen eingestellt. Die Reihenfolge dieses Fortschreitens wechselt von Fall zu Fall sehr.

Gerade in diesen auf einem einzigen Sinnesgebiet zunächst einsetzenden und an langgewohnte periphere Sensationen (Ohrgeräusche, Mouches volantes u. dgl.) anknüpfenden Fällen bleibt oft lange Zeit das Krankheitsbewusstsein erhalten. Erst ganz allmählich geht oft diesen Kranken das Bewusstsein von der subjectiven Entstehung ihrer Sinnestäuschungen verloren. Mit dem Verlust des Krankheitsbewusstseins ist. auch die Wahnvorstellung da. Meist ist dies zweite Stadium der Wahnbildung

gegen das erste nicht scharf abgegrenzt. Oft kehrt jahrelang ab und zu für einige Tage oder Monate das verloren gegangene Krankheitsbewusstsein ganz oder theilweise zurück. In denjenigen Fällen, welchen von Anfang an das Krankheitsbewusstsein für die Sinnestäuschungen fehlt, kann ohnehin von zwei Stadien nicht die Rede sein.

Die Wahnvorstellungen selbst wechseln entsprechend dem Inhalt der Hallucinationen. Da nun diese — wieder im Gegensatz zur acuten hallucinatorischen Paranoia — untereinander in gewissem Zusammenhang stehen und längere Zeit hindurch ähnlichen Inhalt zeigen, so ist die Wahnbildung nicht nur erleichtert, sondern die Wahnideen zeigen auch über längere Zeiträume hin oft eine grosse Constanz. Zu der Bildung eines Wahnsystems — wie bei der chronischen einfachen Paranoia — kommt es jedoch selten; dazu ist doch wieder die Veränderlichkeit der Hallucinationen zu gross. Meist beobachtet man daher bei der chronischen hallucinatorischen Paranoia, dass die einzelnen Wahnvorstellungen einige Monate und selbst e i n Jahr annähernd constant bleiben, dann aber allmählich entsprechend den neu hinzugetretenen Hallucinationen modificirt werden. Der Uebergang von einer Wahnvorstellung zur anderen ist oft ein ganz continuirlicher. Mit den direct aus den Hallucinationen hervorgegangenen Wahnvorstellungen wechseln langsam auch die complementären Wahnvorstellungen. Heute legt sich der Kranke die vermeintlichen, aus Hallucinationen erschlossenen Verfolgungen dahin zurecht, dass man nach einem Vermögen, welches ihm zusteht, aber vorenthalten wird, trachtet; ein Jahr später ergänzt er andere Verfolgungshallucinationen und entsprechende Verfolgungsvorstellungen durch die wahnhafte Annahme, ein hoher Titel stehe ihm zu und werde ihm streitig gemacht. Im Allgemeinen ist übrigens die Bildung solcher complementären Wahnvorstellungen — im Gegensatz zur chronischen einfachen Paranoia — bei der chronischen hallucinatorischen Paranoia selten.

Unterscheidet man 2 Stadien, zählt man also das Stadium der Hallucinationen ohne ausgiebige Wahnbildung als erstes, das Stadium der ausgiebigen Wahnbildung bei fortbestehenden Hallucinationen als zweites, so ist das Schlussstadium der chronischen hallucinatorischen Paranoia als drittes zu bezeichnen. In diesem bestehen zwar die Hallucinationen und Wahnvorstellungen noch fort, aber sie haben an Lebhaftigkeit und Mannigfaltigkeit eingebüsst. Die krankhafte Phantasie und Associationskraft des Patienten hat sich erschöpft: hallucinatorische Neuschöpfungen und Wahnbildungen gelingen nicht mehr. Entsprechend der grösseren Monotonie der Hallucinationen sind die Wahnvorstellungen jetzt stabiler und man könnte erwarten, dass sie jetzt zu einem System verknüpft werden; doch wird diese Erwartung durch die Erfahrung

widerlegt: die geistige Energie der Kranken reicht zu solchen Systembildungen nicht mehr aus. Die Kranken haben sich mit ihren Hallucinationen bis zu einem gewissen Grade abgefunden. Häufen sich die schimpfenden hallucinatorischen Stimmen einmal wieder stärker, so antworten die Kranken mit einem Schimpfparoxysmus. Diese intercurrenten Exacerbationen werden übrigens seltener. Die Affecte und Handlungen des Kranken werden bis auf gewisse Eigenheiten von den Hallucinationen kaum noch erheblich beeinflusst. Oft verbindet sich damit eine Einengung der ganzen Interessensphäre des Kranken. Dies Schlussstadium tritt mitunter erst 20—30 Jahre nach Beginn der Krankheit ein, in seltenen Fällen bleibt es ganz aus.

Einer besonderen Erwähnung bedarf es noch, dass der Verlauf der chronischen Paranoia ungemein häufig ein remittirender ist. Remissionen von mehrmonatlicher und längerer Dauer sind durchaus nicht selten. Oft sind sie so erheblich, dass dem Unerfahrenen eine Intermission vorgetäuscht wird.*) Andrerseits kommen fast noch häufiger acute intercurrente Exacerbationen vor. Diese dauern mitunter nur einige Stunden, häufiger mehrere Tage oder Wochen, zuweilen, einige Monate. Fast ausnahmslos sind sie auf eine vorübergehende Häufung der Hallucinationen zurückzuführen. Das Benehmen des Kranken in diesen intercurrenten Exacerhationen stimmt mit demjenigen des acuten hallucinatorischen Paranoikers in allen wesentlichen Punkten überein. Dass in diesen intercurrenten Exacerbationen secundäre und seltener auch primäre Associations- und Affectstörungen sowie entsprechende motorische Störungen erheblichen Grades vorkommen, ist in der speciellen Symptomatologie bereits auseinandergesetzt worden.

Ausgänge und Prognose. Der Ausgang und die Prognose der chronischen hallucinatorischen Paranoia ergiebt sich hereits aus der Darstellung des Verlaufs. Ein intellectueller Defect tritt fast niemals ein. Durch die Einengung der Interessensphäre im Schlussstadium wird ein Intelligenzdefect zuweilen vorgetäuscht. Ein tödtlicher Ausgang wird in seltenen Fällen und dann stets im Verlauf einer mit schwerer Erregung verknüpften intercurrenten Exacerhation beobachtet. In äusserst seltenen Fällen ist ab und zu eine ausgesprochene chronische hallucinatorische Paranoia nach jahrelangem Verlauf noch zur Heilung gelangt (Spätheilung); meist schloss sich die Heilung dann an eine schwere körperliche Krankheit (Typhus, Erysipel u. dgl.) oder — noch seltener — an eine schwere Gemüthserschütterung an.

*) Zwischen der recidivirenden und der periodischen acuten hallucinatorischen Paranoia einerseits und dieser remittirenden Form der chronischen hallucinatorischen Paranoia andrerseits bestehen fliessende Uebergänge.

Varietäten.

1. Die subacute*) Varietät. Zwischen der acuten und der chronischen hallucinatorischen Paranoia giebt es fliessende Uebergangsformen. Man kann für diese die Bezeichnung „subacute hallucinatorische Paranoia“ verwenden. Die Entwicklung der Krankheit ist hier subacut. Die Häufung der Hallucinationen vollzieht sich langsamer als bei der acuten, rascher als bei der chronischen Form. Die Krankheitshöhe wird meist erst nach einigen Monaten erreicht. Die Dauer der Krankheit beläuft sich meist auf ein Jahr und mehr. Bald erfolgt Heilung, bald Ausgang in chronische hallucinatorische Paranoia. Secundäre Demenz ist selten. Entsprechend der Zahl der Hallucinationen sind die secundären Associationsstörungen und Affecterregungen grösser als bei der chronischen und geringer als bei der acuten Form.

2. Die Uebergangsform zur chronischen einfachen Paranoia: neben den Sinnestäuschungen treten primäre Wahnvorstellungen in grosser Zahl auf. Oft überwiegen bei dieser Varietät unter den Sinnestäuschungen die Illusionen und illusionären Auslegungen über die Hallucinationen. Die Prognose ist ebenso ungünstig. Bildung von Wahnsystemen ist häufiger.

Die hysterische, epileptische und alkoholistische Form der chronischen hallucinatorischen Paranoia unterscheiden sich von der typischen Form nur in denjenigen Merkmalen, welche in der allgemeinen Aetiologie als charakteristisch für Hysterie, Epilepsie und chronischen Alkoholismus aufgeführt wurden. Die chronische epileptische Paranoia ist selten; wo bei Epileptikern chronische Geistesstörung eintritt, bleibt auch der Intelligenzdefect nicht aus und handelt es sich somit um epileptische Demenz. Die chronische hysterische hallucinatorische Paranoia zeichnet sich gegenüber der typischen Form durch die Häufigkeit von Gesichtshallucinationen aus (Leichen, Thiere, zahllose Köpfe, zuweilen auf eine Hälfte des Gesichtsfelds beschränkt). Dazu kommen zahlreiche Illusionen und illusionäre Auslegungen auf dem Gebiet der Haut- und Organempfindungen (namentlich auch der Genitalempfindungen). Zuweilen berichten die Kranken über vollständige Coitushallucinationen und erheben gegen ihre Aerzte oder andere Personen ihrer Umgebung diesbezügliche Anklagen. Sehr häufig findet man unangenehme Geruchshallucinationen. Sehr typisch für die hysterische Form sind auch die sog. Situationshallucinationen: die Kranke ist — ähnlich wie im Traum — in einer ganz anderen Umgebung und macht eine grosse Reihe complicirter, zusammenhängender Erlebnisse durch, ähnlich wie in den acuten hysterischen Dämmerzuständen. Berücksichtigt man

*) D. h. subacut entstanden. Vgl. allg. Pathologie.

weiter die Labilität der Affecte, das Impulsive der Handlungen, die Häufigkeit kataleptischer Zustände, so kann man zuweilen schon aus diesen psychischen Kennzeichen auf den hysterischen Charakter einer chronischen hallucinatorischen Paranoia schliessen. Die somatische Untersuchung liefert weitere Anhaltspunkte. Die alkoholistische chronische hallucinatorische Paranoia ist nicht gerade häufig. Meist hat sie ausgesprochen remittirenden Charakter. Die Kranken hallnciniren oft nur, wenn besondere Schädlichkeiten (z. B. besonders starke Excesse, Strapazen, Gemüthserschütterungen u. dgl.) auf sie einwirken. Es giebt solche Kranke, welche nie ein Delirium tremens durchgemacht haben, aber zeitlebens bald am Tage, bald in der Nacht halluciniren. Bald hören die Kranken Schimpfworte, bald sehen sie allerhand Thiere, bald glauben sie auf dem Velociped in der Stube umherzufahren oder durch die Luft zu fliegen (Bewegungshallucinationen). Zuweilen wird auch — namentlich in der Anstaltsbehandlung — die Krankheit nach längerem Verlauf schliesslich stationär: die Kranken halluciniren nicht mehr, halten aber an den aus früheren Hallucinationen entstandenen Wahnvorstellungen fest.

Aetiologie. Erbliche Belastung ist bei der typischen chronischen hallucinatorischen Paranoia in mindestens 60 % aller Fälle nachzuweisen. In der Anamnese stösst man auffällig oft auf die Angabe, dass excessive Masturbation stattgefunden habe. Sehr häufig erkranken Individuen, welche schon in der Jugend durch scheues, argwöhnisches, zurückgezogenes Wesen aufgefallen sind. Die ersten Anfänge der Krankheit liegen meist im 3. Lebensjahrzehnt. Bei weiblichen Individuen erfolgt der Krankheitsausbruch auch sehr häufig im Klimakterium. Auch bei verwittweten Frauen ist die Krankheit auffällig häufig (und zwar auch diesseits des Klimakteriums). Unter den Affecten kommt weiterhin namentlich die Sorge und der Aerger im Kampf ums Dasein und speciell in den Conflicten mit der Umgebung in Betracht. Körperliche Erschöpfung und auch geistige Ueberarbeitung spielen eine geringere Rolle. Der ätiologischen Bedeutung der Hysterie wurde schon oben gedacht. Endlich sind alle diejenigen chronischen körperlichen Leiden oft in erheblichem Maasse an der Entwickelung des Leidens betheiligt, welche das fortdauernde Zuströmen intensiver pathologischer Reize zum Centralnervensystem involviren. Hierher gehören namentlich viele chronische gynäkologische Erkrankungen, ferner chronische Erkrankungen des Intestinaltracts und namentlich auch der chronische Paukenhöhlenkatarrh.

Diagnose. Bei der Unterscheidung von Melancholie, Manie, Dementia paralytica, Dementia senilis kommen differentialdiagnostisch dieselben Kriterien in Betracht, welche bei Besprechung der Diagnose der acuten hallucinatorischen Paranoia angegeben wurden. Somit bleibt nur

die Frage zu erledigen, wie die chronische Form der hallucinatorischen Form von der acuten unterschieden werden kann. Bei dieser Differentialdiagnose ist ausschliesslich die Entwicklung des Leidens maassgebend. Je langsamer die Hallucinationen sich im Beginn des Leidens eingestellt haben, um so wahrscheinlicher handelt es sich um die chronische Form. Da zwischen der acuten und der chronischen Form Zwischenformen vorkommen, wird man zuweilen erst nach längerer Beobachtung zu einer sicheren Diagnose gelangen. Für chronischen Verlauf spricht das Ueberwiegen von Akoasmen, desgleichen ausgiebige Verarbeitung der Hallucinationen zu Wahnvorstellungen und geringe Beeinflussung der Affecte und des formalen Vorstellungsablaufs durch die Hallucinationen. Je öfter man beobachtet, dass der Kranke an relativ wenige Hallucinationen viele Wahnvorstellungen knüpft und seinen Hallucinationen gegenüber eine auffällige Ruhe der Affecte, des Denkens und der Bewegungen bewahrt, um so grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um eine chronische Form handelt. Dieselben Kriterien geben uns auch zu erkennen, ob oder wann eine acute hallucinatorische Paranoia, statt zu heilen, in chronische hallucinatorische Paranoia übergeht.

Die Unterscheidung von der einfachen, d. h. nicht-hallucinatorischen Form der Paranoia beruht auf dem Nachweis, dass die wesentlichen Wahnvorstellungen des Kranken aus Hallucinationen entstanden, mithin nicht primär sind. Auch bei dieser Differentialdiagnose ist namentlich die Entwicklung des Leidens zu beachten.

Therapie. Die Therapie ist der chronischen hallucinatorischen Paranoia gegenüber fast völlig ohnmächtig. Nur zweierlei kommt in Betracht. Erstens wird man den ätiologischen Indicationen genügen, also chronische Magendarmerkrankungen, gynäkologische Leiden, Paukenhöhlenkatarrhe u. s. w. zu beseitigen suchen, den Alkohol entziehen, der Masturbation steuern u. s. f. Zweitens kommt zweckmässige Beschäftigung in Betracht. Wenn diese auch keine Heilung erzielt, so macht sie doch dem Kranken das Leben erträglicher und den Kranken für seine Umgebung weniger lästig. Je nach dem Stand des Kranken wird man der körperlichen oder der geistigen Arbeit den Vorzug geben. Am besten ist es, mit beiden regelmässig (z. B. stundenweise) abzuwechseln. Auf Discussionen über die Realität der Hallucinationen lasse man sich nicht ein; der einzige Rath, den man dem Kranken auf seine Klagen und Fragen geben soll, ist der, er solle lernen seine Hallucinationen zu ignoriren. Da die Hallucinationen das Handeln des Kranken ganz unberechenbar machen und jeden Tag eine Gewaltthätigkeit gegen die Umgebung oder einen Selbstmordversuch zeitigen können, sind die Kranken stets der Anstalt zuzuweisen. Nur im Schlussstadium wird oft eine Beurlaubung in die Familie möglich sein.

Die intercurrenten Exacerbationen, namentlich soweit sie mit heftiger Erregung verlaufen, sind ebenso wie die acute hallucinatorische Paranoia zu behandeln.

Pathologische Anatomie. Irgendwelche constante Sectionsbefunde, makroskopische oder mikroskopische, fehlen vollständig.

III. Paranoia simplex acuta.

Die acute einfache d. h. nicht-hallucinatorische Paranoia ist eine acute functionelle Psychose, deren Hauptsymptom das Auftreten zahlreicher primärer Wahnvorstellungen ist. Primäre Affect- und Associationsstörungen fehlen in der Regel vollständig, einzelne Hallucinationen kommen zwar vor, spielen aber bei der Bildung der Wahnvorstellungen keine Rolle.

Verlauf und Symptomatologie. Meist setzt die Krankheit ganz plötzlich ein und zwar direct mit massenhaften, meist maasslosen, jeden Scheins einer Motivirung entbehrenden, oft untereinander in grellem Widerspruch stehenden Wahnvorstellungen. Grössenideen sind mindestens ebenso häufig wie Verfolgungsideen; auch hypochondrische Wahnvorstellungen können auftreten. Der Kranke ist plötzlich der Sohn Wilhelms I. und zugleich Wilhelm I. selbst und Friedrich III. und Karl der Grosse, sein Hoden ist Christus, das Knacken des Strohsacks ist eine Flamme, in der er verbrennen soll u. s. w. Dem jähen Wechsel der Wahnideen entspricht ein ähnlicher Wechsel der Affecte: höchste Angst und höchste Exaltation lösen sich ab. Im Ganzen überwiegt eine secundäre Beschleunigung der Ideenassociation. Die Orientirung des Kranken ist durch die massenhaften Wahnideen und Personenverkennungen wesentlich beeinträchtigt. Auf motorischem Gebiet überwiegt meist die Agitation. Auf Grund der Verfolgungsideen kommt es oft zu plötzlichem, planlosen Fortlaufen oder Fortreisen. Stundenlang declamiren die Kranken oft mit grossem Pathos. Oft erreicht die Erregung tobsüchtige Grade. Hallucinationen fehlen in vielen Fällen ganz, in anderen treten sie als Begleiterscheinungen der Wahnvorstellungen auf. Oft lassen sich einzelne Anfälle unterscheiden; zwischen denselben besteht relative Klarheit und Ruhe. Auf körperlichem Gebiet fehlen oft alle Symptome. Hyperalgesie ist mindestens ebenso häufig wie Hypalgesie.

Die meisten Fälle der acuten einfachen Paranoia verlaufen äusserst acut. Auch manche Fälle des transitorischen Irreseins gehören hierher. Meist verschwinden die Symptome ebenso plötzlich, wie sie aufgetreten sind. Selten erstreckt sich die Krankheitsdauer über mehr als 3 Wochen. Die Erinnerung für die Erlebnisse und Wahnvorstellungen während der Krankheit ist in der Regel erhalten, wenn auch zuweilen etwas lückenhaft.

Der Ausgang der Krankheit ist stets Heilung. Recidive — oft schon nach kurzem Zwischenraum — sind sehr häufig.

Diagnose. Verwechslungen sind namentlich möglich mit folgenden Psychosen:

1. Dementia paralytica. Gerade der widerspruchsvolle, zusammenhangslose und maasslose Charakter der Wahnvorstellungen der acuten einfachen Paranoia täuscht öfters einen beginnenden Intelligenzdefect vor und verführt zur fälschlichen Annahme einer Dementia paralytica. Differentialdiagnostisch kommen die oft hervorgehobenen körperlichen Symptome der letzteren in Betracht (Pupillenstarre u. dgl.) sowie der anamnestische Nachweis eines der augenblicklichen Erregung vorausgegangenen, für Dementia paralytica charakteristischen Intelligenzdefects. Ausserdem wird man berücksichtigen, dass die Dementia paralytica vorwiegend bei syphilitisch gewesenen Männern im mittleren Lebensalter auftritt, während die acute einfache Paranoia fast ausschliesslich auf dem Boden der erblichen Degeneration und meist vor dem 30. Jahr zum ersten Mal auftritt.

2. Manie. Besteht bei einer acuten einfachen Paranoia neben Grössenideen Ideenflucht und Agitation, so ähnelt das Bild demjenigen der Manie oft in hohem Maasse. Differentialdiagnostisch ist zu berücksichtigen, dass die primär-heitere Verstimmung der Manie der acuten einfachen Paranoia fehlt. Im Gegentheil pflegen bei letzterer stets auch Angstaffecte (auf Grund von Verfolgungsideen) vorzukommen.

3. Paranoia hallucinatoria acuta. Der Unterschied beruht darauf, dass bei der einfachen acuten Paranoia die Wahnideen primär und Hallucinationen nebensächlich sind, während bei der acuten hallucinatorischen Paranoia die Hallucinationen das Hauptsymptom darstellen und die Wahnideen aus ihnen erst secundär hervorgehen. Im Einzelfalle ist allerdings bei erregten Kranken oft recht schwer festzustellen, ob die Wahnideen hallucinatorischen Ursprungs sind oder nicht. Namentlich die epileptische Varietät der acuten hallucinatorischen Paranoia, der sog. epileptische Dämmerzustand ist oft kaum von der acuten einfachen Paranoia zu unterscheiden. Findet man sehr ausgesprochene Analgesie oder lallende Sprache, so wird man an einen epileptischen Dämmerzustand zu denken haben. Der anamnestische Nachweis der Epilepsie lässt oft im Stich. Besonders wird man stets auch auf nächtliche Epilepsie fahnden und daher sich z. B. erkundigen müssen, ob gelegentlich nächtliches Einnässen vorgekommen ist oder ob der Kranke früher zuweilen Morgens Blutspuren auf seinem Kopfkissen gefunden hat u. s. f. Selbstverständlich wird man die Zunge und Wangenschleimhaut stets auf Bissnarben untersuchen. Ein negativer Befund ist jedoch hierbei nicht gegen Epilepsie zu verwerthen, da manche Epi-

leptiker sich überhaupt niemals in die Zunge oder Wange heissen, und die Bisswunden anderer so vollkommen beilen, dass eine Narbe nicht sicher zu constatiren ist. Der brüske Schluss ist dem epileptischen Dämmerzustand mit der acuten einfachen Paranoia gemeinsam. Die Amnesie ist in der Regel (nicht stets) nach dem ersteren viel erheblicher.

Ausdrücklich ist übrigens zu betonen, dass zwischen der acuten hallucinatorischen und der acuten einfachen Paranoia Zwischenformen existiren, bei welchen Hallucinationen und primäre Wahnvorstellungen sich ungefähr das Gleichgewicht halten. Gerade auch auf dem Boden der Epilepsie begegnet man solchen Zwischenformen zuweilen.

Aetiologie. Die acute einfache Paranoia kommt fast nur auf dem Boden schwerer erblicher Belastung vor. Sie gehört durchaus zu den sog. „vorzugsweise degenerativen Psychosen". So selten sie sonst ist, so häufig ist sie bei Degenerirten. Eine Gelegenheitsveranlassung für den Ausbruch fehlt oft ganz und gar. Zuweilen giebt eine Gemüthserregung den letzten Anstoss, z. B. ein zufälliger Wortwechsel oder eine Ortsveränderung. Sehr häufig handelt es sich um Individuen, welche mit einem leichten Grad angeborenen Schwachsinns behaftet sind.

Therapie. Einlieferung in die Anstalt ist wegen der tobsüchtigen Erregung stets nothwendig. Bei dem rapiden günstigen Verlauf, welchen die Krankheit immer nimmt, ist eine besondere Behandlung ganz überflüssig. Nimmt die Erregung zu sehr überhand (Gewaltthätigkeiten, Kothschmieren, Kleiderzerreissen u. s. w.), so kann man mit gelegentlichen Hyoscineinspritzungen eingreifen. Nach der Heilung entlasse man den Kranken nicht zu früh aus der Anstalt, da erfahrungsgemäss an den ersten Krankheitsanfall sich oft unmittelbar noch ein zweiter und dritter anschliesst. — Die Prophylaxe gegen Recidive ist ziemlich ohnmächtig; man kann nur versuchen, dem Genesenen eine Lebensthätigkeit zu verschaffen, bei welcher er Conflicten, Sorgen und Neuerungen möglichst wenig ausgesetzt ist.

Pathologische Anatomie. Constante Sectionsbefunde sind nicht vorhanden.

IV. Paranoia simplex chronica.

Die einfache chronische Paranoia ist eine chronische functionelle Psychose, deren charakteristisches Symptom primäre Wahnvorstellungen sind. Hallucinationen, Illusionen, primäre Affect- und primäre Associationsstörungen kommen höchstens gelegentlich als nebensächliche Symptome vorübergehend vor.

Specielle Symptomatologie.

Inhaltliche Störungen des Vorstellens. Die Wahnvorstellungen der chronischen einfachen Paranoia sind primär, insofern

sie nicht aus Sinnestäuschungen oder Affectstörungen hervorgegangen sind. Ihre Entstehungsweise ist im Einzelnen sehr verschieden. Viele werden direct an eine einzelne normale Sinnesempfindung angeknüpft und sind somit als wahnhafte Auslegungen zu bezeichnen. Andere lassen sich auf Traumempfindungen zurückführen. Manche tauchen, unabhängig von einer einzelnen Empfindung, als plötzliche Einfälle auf. Sehr viele sind das Product einer längeren Associationsthätigkeit. Ein Individuum z. B., das jahrelang in Processe verwickelt war, gelangt im Laufe der Jahre schliesslich nach langem Hin- und Herüberlegen zu dem Resultat, dass sämmtliche Richter gegen ihn zu einem Complott sich zusammengethan haben. Dazu kommen endlich die in der allgemeinen Pathologie bereits ausführlich behandelten complementären Wahnvorstellungen. Indem der Kranke die erstgenannten Wahnvorstellungen combinirt und weiter ausdenkt, gelangt er zu neuen Wahnvorstellungen. So entsteht schliesslich ein logisch geordnetes System von Wahnvorstellungen.

Der Inhalt der Wahnvorstellungen wechselt im Einzelnen ausserordentlich. Bei Besprechung der Varietäten der einfachen chronischen Paranoia werden wir die wichtigsten Richtungen kennen lernen, in welchen sich der Inhalt der Wahnvorstellungen bewegt. Gemeinsam ist allen diesen Wahnideen, dass sie die Beziehungen des Kranken zu der Aussenwelt in feindlichem oder freundlichem Sinn verschieben. Die beiden Pole, zwischen denen sich alle Wahnideen bewegen, sind der Verfolgungswahn und der Grössenwahn. Versündigungsvorstellungen sind äusserst selten. Es ist dies aus dem psychologischen Mechanismus der Krankheit sehr wohl verständlich. In letzter Linie gehen alle Wahnvorstellungen der chronischen einfachen Paranoia auf normale Empfindungen zurück. Die Auslegung und Verarbeitung der letzteren ist falsch. Welche Empfindung oder Erfahrung könnte nun das Material für Versündigungsvorstellungen liefern? Der Melancholiker findet das erforderliche Material für seine Selbstanklagen in seinen primären Angstaffecten, der hallucinatorische Paranoiker findet dasselbe ab und zu in anklagenden Stimmen. Der einfache Paranoiker hingegen findet solches Material nicht. Er ist auf eine Summe an sich normaler Erfahrungen angewiesen. Er ändert an dem thatsächlichen Inhalt dieser Erfahrungen zunächst nichts. Das einzige Gebiet, was ihm somit für seine wahnhaften Auslegungen bleibt, sind die Beziehungen der Aussenwelt zu seinem Ich. Jeder Selbstanklage würde seine eigene Erfahrung, das Bewusstsein der Unschuld, sofort entgegentreten und die Selbstanklage würde, da kein Angstaffect und keine anklagende Hallucination sie stützt, sofort erstickt werden. Anders verhält es sich mit der wahnhaften Construction feindlicher oder freundlicher Beziehungen der Aussenwelt zum Ich. Solche wahnhaften An-

nahmen können im Erfahrungsschatz des Kranken keine directe Widerlegung finden. Wenn er sich vorstellt, dass er aus fürstlichem Hause stammt und ein untergeschobenes Kind ist, oder wenn er sich vorstellt, dass eine Magenverstimmung auf einer Vergiftung durch seine Hausleute beruht, so steht eine solche Wahnvorstellung, so falsch und unwahrscheinlich sie auch ist, mit dem Erfahrungsschatz des Kranken doch nicht in directem Widerspruch. Der Paranoiker ergänzt die Erfahrung durch wahnhafte Vorstellungen, aber er fälscht sie — wenigstens im Beginn seines Leidens — nicht und setzt sich nicht direct in Widerspruch mit ihr. Dies schützt ihn vor Selbstanklagen und beschränkt seine Wahnbildung auf das Gebiet des Verfolgungs- und Grössenwahns. Später freilich kommt es zuweilen auch zu directen Fälschungen der Sinneserfahrung, dann aber ist die Richtung seines wahnhaften Denkens bereits bestimmt: für Selbstanklagen ist es dann gewissermaassen zu spät. Auch den Hang des Menschen, die Schuld eher bei anderen als bei sich zu suchen, kann man zur Erklärung der Seltenheit von Selbstanklagen bei unserem Leiden heranziehen

Verfolgungs- und Grössenideen dominiren somit durchaus. Ihr gegenseitiges Verhältniss wird bei Darstellung des Krankheitsverlaufs genauer erörtert werden. Hypochondrische Wahnvorstellungen sind namentlich bei der sog. hypochondrischen Varietät häufig. Sie verknüpfen sich fast ausnahmslos mit Verfolgungsideen: der Patient wähnt sich nicht nur „krank“, sondern auch „krank gemacht“. Seine Krankheit ist nicht natürlich, sondern „künstlich“.

Formale Störungen des Vorstellungsablaufs, sowohl primäre wie secundäre, fehlen in der Regel vollständig. Nur während der später anzuführenden gelegentlichen hallucinatorischen Anfälle kommen sie ab und zu vor.

Erheblichere Affectstörungen sind ebenso selten. Der Kranke ist allerdings über die vermeintlichen Verfolgungen erbittert und auf seine vermeintlichen Titel u. s. w. stolz. Aber diese Stimmungen führen nicht zu acuten Affectschwankungen. Nur vermöge einer Summation, wie wir sie auch bei der hallucinatorischen Form der chronischen Paranoia beschrieben haben, kommt es ab und zu zu heftigen Affectausbrüchen. Desgleichen pflegen sich solche einzustellen, sobald — wie z. B. in den unten erwähnten, seltenen hallucinatorischen Anfällen — einmal ausnahmsweise zahlreichere Hallucinationen auftreten.

Störungen des Empfindens können im typischen Krankheitsbild der einfachen chronischen Paranoia ganz fehlen. Doch beobachtet man im Verlauf der Krankheit öfters, dass zu den rein-wahnhaften Auslegungen auch illusionäre Auslegungen und Hallucinationen hinzutreten. Vereinzelte Illusionen und Hallucinationen kommen fast bei jeder

einfachen chronischen Paranoia während der langen Krankheitsdauer gelegentlich einmal vor. Irgend welchen wesentlichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben sie nicht. Sie bestärken den Kranken nur in seinen Wahnideen. Die Hallucinationen gehören grösstentheils zu den sog. „vermittelten Hallucinationen". Nicht zu selten kommen auch im Verlauf des Leidens einzelne, kurze hallucinatorische Anfälle vor. Diese dauern höchstens einige Wochen und erinnern in ihrem ganzen Ablauf durchaus an die acute hallucinatorische Paranoia. Während derselben kommt es oft zu schweren secundären Affectschwankungen und Associationsstörungen. Mit dem Schwinden der Hallucinationen kehrt der frühere Zustand in jeder Beziehung zurück.

Die Besprechung der Handlungen des einfachen chronischen Paranoikers wird in die Darstellung des Verlaufs eingeflochten werden. Einfache Bewegungsstörungen (Hemmung, Agitation u. s. w.) kommen im Allgemeinen nicht vor, die complicirteren krankhaften Handlungen sind ganz von den jeweiligen Wahnvorstellungen abhängig.

Körperliche Symptome weist die einfache chronische Paranoia nicht auf.

Verlauf. Die typische Form der einfachen chronischen Paranoia verläuft in 4 Stadien. Es sind dies

1. das Prodromalstadium,
2. das Stadium der Verfolgungsideen,
3. das Stadium der complementären Grössenideen,
4. das Stadium der Pseudodemenz.

Man hat diese typische Form auch als Paranoia completa bezeichnet.

In dem Prodromalstadium kommt dem Kranken seine Umgebung verändert vor. Es scheint ihm, als begegne man ihm weniger freundlich, als beobachte man ihn schärfer, als führe man etwas gegen ihn im Schilde. Nicht die leblosen Objecte — wie dem acuten hallucinatorischen Paranoiker im Incubationsstadium —, sondern das Benehmen der Personen seiner Umgebung fällt ihm auf. Er grübelt nach, was vor sich gegangen sein, was gegen ihn vorliegen könne. Zugleich beobachtet er seine Umgebung schärfer. Bei dieser einseitigen Schärfung seiner Aufmerksamkeit macht er bald neue Beobachtungen. Er glaubt zu ahnen, dass er der Mittelpunkt eines Geheimnisses ist. Sein Beruf, seine Familie und Alles, was ihn sonst interessirte, ist ihm jetzt gleichgiltig geworden. Er will feststellen, „was in der Luft ist". Er fühlt sich von Spionen umgeben und verlegt sich seinerseits auf das Spioniren. Die harmloseste Geberde der Frau oder des Nachbarn oder eines Fremden, dem er auf der Strasse begegnet, muss eine Bedeutung haben. Er fühlt die Unruhe der Ungewissheit. Er erscheint seiner Umgebung verstört und zerstreut. Seine Grübeleien und Beobachtungen lenken ihn von

jeder Arbeit ab. Misstrauisch geht er seinen Bekannten aus dem Weg. Schlaf und Appetit verlieren sich. Nicht nur die geistige Leistungsfähigkeit hat gelitten, sondern auch das körperliche Wohlbefinden leidet. Diese Beobachtung erfüllt den Kranken mit neuem Argwohn. Er ergeht sich in hypochondrischen Befürchtungen und grübelt über die Entstehungsursache seines körperlichen Uebelbefindens nach.

Das zweite Stadium des Verfolgungswahns entwickelt sich aus dem Prodromalstadium zuweilen ganz allmählich. Der Kranke formulirt seine Verfolgungsideen Monat für Monat bestimmter. Auf der Strasse verfolgen ihn Geheimpolizisten in Civil. Wenn er in ein Restaurant eintritt, verständigen sich alle Anwesenden sofort durch Zeichen. Die Predigt des Geistlichen, das Schauspiel im Theater, die Annoncen in der Zeitung sind auf ihn gemünzt. Seine Angehörigen stecken mit im Complott; sie „tuscheln" und zischeln untereinander. Auch glaubt er zu bemerken, dass man seine geheimsten Gedanken erräth und beeinflusst. Wenigstens kann er es sich nur so erklären, dass die Bewegungen und Geberden der Umgebung oft in Beziehung zu seinen Gedanken stehen. Der Circulus vitiosus, den der Kranke hierbei begeht, liegt auf der Hand, aber er selbst bemerkt ihn nicht. Man greift direct seine Ehre oder sein Leben an. Ein harmloses Unwohlsein erweckt in ihm die feste Ueberzeugung, dass sein Essen vergiftet war. Geht er mit seiner Frau über die Strasse und wird von einem Bekannten gegrüsst, so weiss er jetzt bestimmt, dass der Gruss seiner Frau gilt und dass sie in einem verbotenen Verhältniss zu dem Grüssenden steht. Das Grauwerden seiner Haare, das Cariöswerden seiner Zähne, das Ausbleiben von geschlechtlichen Erregungen und Pollutionen ebensowohl wie eine Steigerung der geschlechtlichen Erregbarkeit und Häufung von Pollutionen, das Abtragen seiner Kleider beruht auf Beeinflussung und Vergiftung („die Quacksalber werden mir schon Nachts etwas eingeflösst und meine Schuhe zerschnitten haben"). Hat der Kranke etwas vergessen, so haben ihm seine Feinde auf „telepathischem" Wege die Gedanken gestohlen. Jetzt weiss er auch, woher die Umgebung seine Gedanken und Geheimnisse weiss: er wird Nachts im Schlafe zum Sprechen gebracht und dann ausgehorcht und ausgefragt.

In anderen Fällen erfolgt der Uebergang in das zweite Stadium ganz jäh. Plötzlich kommt dem Kranken „wie eine Erleuchtung" der Gedanke: „Du hast Feinde, man will dich aus dem Wege räumen, du hast die Freimaurer einmal beleidigt, jetzt verfolgen sie dich." Im Lichte dieser Wahnvorstellung erscheint nun plötzlich alle Ungewissheit beseitigt, das ganze Getriebe enthüllt. Mit einem Schlag ist ihm Alles verständlich geworden. Diese neue Erkenntniss wirkt nun befruchtend auf das Grübeln und Beobachten des Kranken. Wenn er im Prodromal-

stadium noch zuweilen an die Möglichkeit dachte, er täusche sich, so bestätigen ihm jetzt zahlreiche Erinnerungen*), zahlreiche neue Beobachtungen, dass er die richtige Lösung gefunden hat. Das Grübeln ist vorüber: ungezwungen reiht sich jetzt Schluss an Schluss, Wahnvorstellung an Wahnvorstellung. Mitunter haben die Kranken jetzt in wenigen Tagen ein Gebäude des Verfolgungswahns vollendet. Gerade in dieser Phase kommen oft einzelne Illusionen und Hallucinationen (Schimpfworte!) dem Kranken bestärkend und bestätigend zu Hülfe.

Im dritten Stadium, im Stadium des complementären Grössenwahns, vollzieht sich die Krönung des Gebäudes. Häufig schlummert schon im zweiten Stadium hinter den Verfolgungsideen die Grössenidee: tendirt doch einerseits der Beobachtungswahn des Kranken und die unausgesetzte Beschäftigung mit seinem Ich diesem eine exceptionelle Stellung zu verschaffen. Mit den Verfolgungsideen drängt sich unvermeidlich die Frage auf: weshalb verfolgt man dich? Der Kranke ist sich keiner Schuld bewusst, höchstens vorübergehend taucht der Gedanke in ihm auf, man könne ihm frühere sexuelle Sünden ansehen und hegegne ihm deshalb so verächtlich. Viel näher liegt die Annahme, dass man ihn beneidet: man gönnt ihm sein Geld, sein Ansehen, seine Frau nicht. In den meisten Fällen genügt jedoch das, was der Kranke an Beneidenswerthem sein Eigen nennt, nicht zur Erklärung dieser maasslosen Verfolgungen. Es bedarf dazu grösserer Objecte des Neides. So gelangt der Kranke dazu, fälschlich beneidenswerthe Rechte und Ansprüche, Leistungen und Aussichten für sich in Anspruch zu nehmen. Man „zieht ihm Nachts den Samen ab“, um seine Heirath mit einer hochgestellten Dame, welche ihm ihre Gunst zugewendet hat, zu hintertreiben. Man fürchtet, er könne auf einen fürstlichen Titel, auf ein grosses Vermögen begründeten Anspruch erheben und will ihn deshalb aus dem Wege räumen. Man gönnt ihm nicht, dass er durch wissenschaftliche Entdeckungen, technische Erfindungen, politische oder religiöse Reformen unsterblichen Ruhm gewinnt. Wie die Verfolgungsideen des zweiten Stadiums entwickeln sich diese complementären Grössenideen bald allmählich, bald überkommen sie den Kranken plötzlich wie ein glücklicher Einfall, als die endliche Lösung eines complicirten Problems. Auch im ersteren Fall geht der Kranke selten so logisch Schluss für Schluss vor, wie die allgemeine Darstellung oben schilderte. Eine zufällige Constellation der Empfindungen und Vorstellungen leitet ihn oft auf den „richtigen“ Weg. Unbewusste Associationen bereiten die bestimmte Formulirung der Grössenidee vor.**) Seltener führt eine Hallucination, welche ihrerseits wieder auf entsprechende unbewusste Associationen hinweist, den Kranken auf die erste Grössenidee.

*) Z. Th. an Ereignisse, welche vor dem Krankheitsausbruch liegen.

**) Vgl. auch den allgemeinen Theil S. 102.

Wie der Verfolgungswahn beeinflusst nun auch der Grössenwahn die Auffassung der Aussenwelt. Zahllose wahnhafte Auslegungen alter Erinnerungen und neuer Beobachtungen bestätigen ihm die Richtigkeit seiner Grössenvorstellungen. Auch sein Handeln ändert sich. Das Gebahren des Verfolgungswahns und des Grössenwahns ist in der allgemeinen Pathologie geschildert worden. Je bestimmter die Verfolgungsideen werden, je mehr complementäre Grössenideen sich einstellen, um so zielbewusster werden die krankhaften Handlungen. Der Patient fixirt seinen Verfolgungswahn auf bestimmte Personen. Anfangs flieht er sie, höchstens in der vermeintlichen Nothwehr ist er gefährlich. Sobald der Grössenwahn hinzutritt, nimmt sein Handeln weit mehr einen aggressiven Charakter an. Im erotischen Grössenwahn schreibt er zudringliche Briefe an die Dame, welche ihn angeblich liebt, und deren Verwandte. Glaubt er Ansprüche auf Titel und Geld zu haben, so beginnt er Processe oder vergreift sich an den vermeintlichen Verfolgern, die ihn verdrängt haben oder verdrängen wollen (vgl. S. 163).

Das vierte Stadium ist dasjenige der Pseudodemenz. Der Kranke hat jahrelang für seine Wahnvorstellungen gekämpft. Die wahnbildende Kraft ist erschöpft, die Gefühlsbetonung der Wahnvorstellungen versiegt und damit die Energie zum Handeln erloschen. Der Kranke hält auf Befragen noch an seinen Wahnvorstellungen fest: er ist noch Messias oder Erfinder oder Fürst oder Reformator. Aber er verzichtet darauf, seine Ansprüche geltend zu machen. Mit denselben Sätzen entwickelt er fast mechanisch sein Wahnsystem. Er ist apathisch geworden. Die anderen Interessen, welche er vor seiner Krankheit hatte, sind schon im ersten Verlauf der Krankheit von den Wahnideen verdrängt worden und völlig erloschen. So ist denn sein Gefühlsleben auf das Höchste eingeengt. Kaum um die Tagesereignisse kümmert er sich noch. Dabei besteht keinerlei Intelligenzdefect. Die Demenz wird nur vorgetäuscht.

Der soeben dargestellte Verlauf der chronischen einfachen Paranoia ist nicht der einzige, aber der häufigste. Zunächst erfährt er zuweilen eine bedeutsame Unterbrechung durch mehrwöchentliche acute Krankheitserscheinungen. Diese bestehen bald in einer vorübergehenden Häufung von Hallucinationen, bald in einem vorübergehenden Aufschiessen massenhafter primärer Wahnvorstellungen. Im ersteren Fall ähnelt der Anfall einer acuten hallucinatorischen, im letzteren einer acuten einfachen Paranoia. Der Verlauf der Krankheit im Ganzen wird durch diese intercurrenten Anfälle kaum beeinflusst.

Aber auch die Reihenfolge und die Zahl der Stadien wechselt. Zunächst bleibt das 4. Stadium nicht selten ganz aus. In anderen Fällen kommt das dritte nicht zur Entwicklung. Es giebt Paranoiker, welche niemals zu einer Grössenidee gelangen. Umgekehrt stellen sich in anderen

Fällen Grössenideen schon im Beginn der Krankheit ein und beherrschen danernd das Krankheitsbild, während die Verfolgungsideen nur nebenher auftreten. Endlich kommen Fälle vor, in welchen das 2. und 3. Stadium zusammenfallen d. h. Grössenideen und Verfolgungsideen von Anfang an untrennbar verbunden und coordinirt auftreten. Je genauer man nachforscht, um so häufiger findet man die Grössenideen wenigstens in Rudimenten auch schon im 2. Stadium vor.

Ausgänge und Prognose. Aus dem Vorigen ergiebt sich bereits die Unheilbarkeit der chronischen einfachen Paranoia. Remissionen und Stillstände der Krankheit kommen gelegentlich vor, Heilungen gehören zu den äussersten Seltenheiten.

Varietäten. Zunächst hat man nach dem Inhalt der Wahnvorstellungen zahlreiche Varietäten unterschieden. So hat man eine religiöse Paranoia, eine erotische Paranoia, ein Querulantenirresein u. s. w. aufstellen zu müssen geglaubt. Diese Unterscheidungen sind ganz äusserlich und werthlos. Nicht auf den Inhalt der Wahnvorstellungen kommt es an, sondern auf ihre psychologische Entwicklung. So ist z. B. das sog. Querulantenirresein nur dadurch ausgezeichnet, dass die ersten Verfolgungsideen an einen unglücklichen Process oder Aehnliches anknüpfen. Diese Niederlage kann der Kranke nicht verwinden. Alle seine Interessen gehen in den Grübeleien über das vermeintlich erlittene Unrecht unter. Er appellirt und appellirt wieder. Neue Verurtheilungen erfolgen. Bald ist der Instanzenzug erschöpft. Der pecuniäre Verlust bei dem fortwährenden Processiren sowie der Ruin seines vernachlässigten Geschäftes steigern seine Erbitterung. Er schöpft Verdacht, dass es „nicht mit rechten Dingen zugegangen ist". Aus der Rechthaberei entwickelt sich ein pathologisches Misstrauen. Er studirt selbst die einschlägigen Gesetzesparagraphen. Seither glaubte er noch, dass die Richter sich nur geirrt hätten; jetzt wird ihm klar, dass die Richter persönliche Motive hatten. Eigennutz, Cliquenwirthschaft und Bestechung bestimmen sie, wider besseres Wissen ihn ungerecht zu verurtheilen. Er ist das Opfer eines Complotts. Er sucht bei Parlament und Kaiser Schutz. Er schreibt Petitionen und Eingaben mit den spitzfindigsten Auseinandersetzungen. Vergehens. Nun folgen Beamten- und Majestätsbeleidigungen. Er wird bestraft. Jede neue Verurtheilung bestärkt ihn in seinem Verfolgungswahn. Er weiss, warum man gegen ihn in dieser ungerechten Weise vorgeht: man will ihn zum Schweigen bringen, man fürchtet ihn, er hat den wunden Punkt aufgedeckt, Gott hat ihn ausersehen, das Recht wieder zu Ehren zu bringen, man will ihn hindern, seine grosse Mission zu erfüllen.

In diesem Verlauf erkennt man ohne Schwierigkeit den typischen Verlauf der chronischen einfachen Paranoia wieder.

Auf besseren Gründen beruht die Unterscheidung der hypochondrischen Paranoia. Die Wahnvorstellungen dieser Form knüpfen an Empfindungen des eigenen Körpers an, namentlich an die sog. Organempfindungen. Es sind dies in vielen Fällen ganz normale Empfindungen, in anderen sind es neurasthenische Sensationen. Aus diesen entwickelt der Kranke zunächst rein-hypochondrische Vorstellungen. Dieselben gehen jedoch von Anfang an über die hypochondrischen Besorgnisse des Neurasthenikers weit hinaus. Das Wahnhafte des Gedankenganges fällt auf: der Patient construirt die abenteuerlichsten Krankheitsvorgänge in seinem Körper. Sein Gehirn „kothet", ganze Eingeweide sind verschwunden, seine Genitalien sind in weibliche verwandelt. Gerade bei dieser Form treten Illusionen und zuweilen auch Hallucinationen auf dem Gebiet der Organempfindungen in grösserer Zahl hinzu. Dem ausgesprochen wahnhaften Charakter der hypochondrischen Vorstellungen entspricht die weitere Entwicklung. Solche abenteuerliche Veränderungen, sagt sich der Kranke, können nicht durch Krankheit auf natürlichem Wege zu Stande gekommen sein. Geheimnissvolle, unheimliche Einflüsse müssen im Spiele sein. Er beobachtet sich und seine Umgebung mit misstrauischen Augen und bald hat er das Räthsel gelöst: durch Gift, Elektricität, Magnetismus oder andere Geheimkräfte hat man künstlich diese Veränderungen hervorgerufen. Die weitere Entwicklung entspricht nun ganz dem oben geschilderten typischen Verlauf.

Viel wichtiger noch ist die Abgrenzung einiger Varietäten vom ätiologischen Gesichtspunkt aus. Vor allem ist hier einer Form zu gedenken, welche sich auf dem Boden schwerer erblicher Belastung entwickelt, der sog. originären Paranoia. Die Krankheitsanfänge reichen hier bis in die Jugend zurück. Schon im Pubertätsalter treten abenteuerliche Vorstellungen auf. Viele derselben werden wieder vergessen. Das Gehirn des Kranken ist noch nicht reif, eine einzelne Vorstellung festzuhalten und auszubauen. Endlich findet sich eine Constellation, der eine bleibende Wahnvorstellung entspringt. Meist ist diese erste Wahnidee eine Grössenidee und meist bezieht sie sich auf die Abkunft des Kranken. Er liest eine Bibelstelle und plötzlich tagt ihm, dass sie sich auf ihn bezieht, dass schon im Testament sein Kommen angekündigt wird, dass er Gottes Sohn ist. Oder er sieht das Bild seines Landesherrn, eine Aehnlichkeit fällt ihm auf, er weiss, dass er ein Fürstenkind ist. Oder er sieht den Fürsten selbst, der Blick des Fürsten sagt ihm, dass er sein Sohn ist. Diese Grössenidee wird nun festgehalten und weiter ausgebaut. Er ist seinen wahren Eltern gestohlen worden, seine sogenannten Eltern sind seine Pflegeeltern, er sollte in Niedrigkeit und Armuth verkommen. Grosse Kriege (70/71) sind seinetwegen geführt worden. Man hat ihm Romane in die Hand gegeben, um seine Lüsternheit

zu erwecken und ihn auch moralisch zu verderben. Der Kranke glaubt sich zu erinnern, dass seine Eltern ihm nie mit wahrer Liebe begegnet sind. Zahllose Ereignisse aus seiner Kindheit werden ihm jetzt im Lichte seiner Wahnidee verständlich. Er glaubt sich zu erinnern, dass er selbst sich bei seinen sogenannten Eltern nie wohl gefühlt habe.*) Oft versteigt sich die romanhafte Wahnbildung noch weiter. Der Kranke ist auf dem Mars geboren oder er hat die Welt geschaffen oder er ist überhaupt nicht geboren, sondern auf wunderbare Weise „ausgefallen" u. dgl. m. Verfolgungsideen spielen meistens eine mehr nebensächliche Rolle. Doch wissen manche Kranke über Vergiftungen zu berichten, welche die sog. Eltern in der frühesten Kindheit an ihnen versucht haben. Meistens bleiben diese Wahnvorstellungen das ganze Leben des Kranken hindurch mit geringen Modificationen stationär.

In einer anderen Reihe von Fällen äussert sich der modificirende Einfluss der erblichen Degeneration darin, dass besonders häufig wahnhafte Einfälle auftreten. Neben systematisirten Wahnvorstellungen treten völlig zusammenhangslos sinnlose Urtheilsassociationen auf. So äussert z. B. der Kranke plötzlich: „Das Weltall wird fett — schwarz ist nicht schwarz — Te deum landamus." Die Bezeichnung „Wahnidee" ist hier selbst im weitesten Sinn kaum mehr zutreffend. Es handelt sich um bizarre Vorstellungsverbindungen, über deren Begründung der Kranke selbst keine Rechenschaft zu geben vermag.

Auf dem Boden der Epilepsie, der Hysterie und des chronischen Alkoholismus kommt gleichfalls ab und zu eine einfache chronische Paranoia vor. Die epileptische Form ist am seltensten; die chronische epileptische Psychose ist die epileptische Demenz. Auch die alkoholistische Form ist nicht häufig; der Alkoholismus erzeugt meist die hallucinatorische Form der chronischen Paranoia. Sehr häufig ist hingegen die hysterische Form. Die hysterischen Sensationen und Anästhesien geben, auch ohne Illusionen und Hallucinationen, ein vorzügliches Material für wahnhafte Auslegungen ab. Die Wahnideen bewegen sich namentlich in der sexuellen Sphäre. Die Kranken berichten über die complicirtesten Vorgänge in ihren inneren Organen. Häufig ist Schwangerschaftswahn. Auch die Verfolgungsvorstellungen sind vorzugsweise sexuellen Inhalts. Die Grössenideen schlagen meist eine mystisch-religiöse Richtung ein.

Aetiologie. Nicht nur bei der originären Form, sondern auch bei der typischen Paranoia completa ist erbliche Belastung häufiger als bei den meisten anderen Psychosen. Die originäre Form entsteht in 90 % aller Fälle auf dem Boden erblicher Belastung und zwar meist

*) Durch diese retrospectiven Umdeutungen wird man oft verleitet, den Krankheitsbeginn noch früher anzusetzen, als er thatsächlich stattgefunden hat.

schwerer erblicher Belastung. Bei der typischen Form findet sich Belastung in über 70 % aller Fälle. Meist handelt es sich um Individuen, welche schon von Kindheit auf durch Absonderlichkeit (scheues Wesen, Misstrauen, Reizbarkeit, Unwahrhaftigkeit, sexuelle Perversitäten, Hang zum Grübeln u. s. w.) auffielen. Die geistige Veranlagung liegt gewöhnlich unter dem Durchschnitt (namentlich bei der originären Paranoia) oder sie ist auffällig einseitig. Die ersten Krankheitsanfänge fallen meist bereits in das 3. Lebensjahrzehnt, bei der originären Form in das zweite. Im höheren Alter zeigt das Klimakterium eine besondere Prädisposition (Wahn ehelicher Untreue des Mannes!). Unter den sonstigen intra vitam einwirkenden Schädlichkeiten sind namentlich chronische Affecteinflüsse von ätiologischer Bedeutung. Kummer und Zurücksetzung spielen oft eine grosse Rolle. Auch einsame Lebensweise scheint die Entstehung der Krankheit zu begünstigen; doch fragt es sich, ob der Hang zur Isolirung nicht in vielen Fällen bereits Krankheitssymptom ist. Aehnliches gilt von der Masturbation, deren Bedeutung ebenso oft über- wie unterschätzt worden ist. Der ätiologischen Bedeutung der Hysterie wurde schon oben gedacht.

Diagnose. Verwechslungen sind möglich mit:

1. Dementia paralytica. Ernstere Schwierigkeiten ergeben sich nicht, wenn man die körperlichen Symptome und den charakteristischen erworbenen Intelligenzdefect der Dementia paralytica berücksichtigt.

2. Paranoia hallucinatoria chronica. Die Unterscheidung beruht auf dem Nachweis von Hallucinationen. Wo solche von Anfang an aufgetreten sind und die Wahnbildung wesentlich veranlasst haben, liegt die chronische hallucinatorische Form vor, im anderen Falle die chronische einfache Form. Zwischen beiden kommen jedoch alle überhaupt denkbaren Uebergangsformen vor. Hallucinatorische Wahnvorstellungen und primäre Wahnvorstellungen können von Anfang an sich ungefähr die Wage halten. Namentlich bei der hysterischen und bei der hypochondrischen Form sind solche gemischten Fälle nicht selten.

Ueber die Abgrenzung der chronischen einfachen Paranoia gegen physiologisches Misstrauen und physiologischen Hochmuth ist das Capitel über Wahnideen in der allgemeinen Pathologie nachzulesen.

Therapie. Die Behandlung der chronischen einfachen Paranoia ist bezüglich völliger Heilung aussichtslos. Remissionen treten auch ohne jede Behandlung öfter ein, doch vermag eine sachverständige Behandlung entschieden den Eintritt und den Grad der Remissionen zu fördern. Die beste Chance gewährt die Versetzung des Kranken in völlig neue Verhältnisse und zweckmässige Beschäftigung in den neuen Ver-

hältnissen. Wenn irgend möglich, wird man einen Wechsel des Wohnorts veranlassen. Häufig empfiehlt sich auch ein Berufswechsel. An dem neuen Wohnort muss die Beschäftigung auf das Genaueste ärztlich überwacht und regulirt werden. Der Kranke darf zum Grübeln keine Zeit haben. Sein tägliches Berufsleben muss ihm bestimmte Aufgaben stellen, die sein Interesse und seine Aufmerksamkeit ganz in Anspruch nehmen. Seine Wahnvorstellungen ignorire man.*) Ueber hypochondrische Besorgnisse beruhige man ihn durch kurze, bündige, einmalige Erklärungen. Die Schlaflosigkeit und innere Unruhe des Prodromalstadiums ist mit Brom, die Appetitlosigkeit durch Gymnastik, Gartenarbeit u. dgl. m. zu bekämpfen. In den späteren Stadien ist diese Therapie begreiflicher Weise viel weniger erfolgreich. Das Hauptgewicht wird im späteren Verlauf stets auf Arbeit zu legen sein.

In allen Fällen ist eine genaue Beaufsichtigung des Kranken bezüglich der Gemeingefährlichkeit nothwendig. Wenn die Umgebung solche gewährleisten kann und wenn der Arzt auf Grund genauer Kenntniss des Charakters und der Wahnideen des Patienten zur Ueberzeugung gelangt, dass Gewaltthätigkeiten nicht zu befürchten sind, so kann man Behandlung ausserhalb der geschlossenen Anstalt versuchen (entweder im eigenen Hause oder besser in einer fremden Familie z. B. auf dem Land!). In allen anderen Fällen ist die Ueberführung in eine geschlossene Anstalt nothwendig.

P a t h o l o g i s c h e A n a t o m i e. Irgendwelche Sectionsbefunde liegen nicht vor: die chronische einfache Paranoia gehört gleichfalls zu den f u n c t i o n e l l e n Psychosen.

---

c. Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen.

Das Hauptsymptom dieser Psychose sind Zwangsvorstellungen, d. h. unrichtige Urtheilsassociationen, welche dem Kranken sich immer wieder aufdrängen, obwohl die berichtigenden Urtheilsassociationen überwiegen. Oft kommt es zu schweren secundären Affectstörungen (Angstaffecten).

*) Ein Beispiel wird dies illustriren. Ein Paranoiker weigert sich zu essen: im Essen sei Gift. Ganz unzweckmässig wäre es in solchem Fall, dem Kranken dies auszureden, die Unwahrscheinlichkeit ihm nachweisen zu wollen. Erst recht verkehrt wäre es, mit der Schlundsonde zu drohen. Sondern man wird ganz nebenbei, ohne durch besondere Worte die Aufmerksamkeit des Kranken zu erregen, unter seinen Augen reichlich von der Speise geniessen und, ohne selbst die Schlüsse zu ziehen, unter anderweitigem Gespräch den Kranken verlassen.

Specielle Symptomatologie.

Inhaltliche Störungen des Vorstellens. Wahnideen bestehen nicht, die inhaltlichen Störungen beschränken sich ausschliesslich auf Zwangsvorstellungen. Diese sind in der allgemeinen Pathologie bereits ausführlich beschrieben worden (S. 120 ff.) Von den dort unterschiedenen Zwangsvorstellungen sind die Zwangsvorstellungen in Urtheilsform am häufigsten. Die Entstehungsweise der einzelnen Zwangsvorstellung ist meist die S. 122 angegebene, d. h. die Zwangsvorstellung knüpft an eine normale Empfindung an. Angstaffecte sind in den typischen Fällen bei der Entstehung nicht betheiligt. Im Speciellen sind folgende Zwangsvorstellungen am häufigsten:

1. Zwangsvorstellungen eines ganz unwahrscheinlichen Unfalls, der bald durch die Situation, bald durch eine Handlung des Kranken selbst herbeigeführt ist oder herbeigeführt werden könnte: so fürchtet der Kranke z. B. einen Brand durch ein weggeworfenes Streichholz (Pyrophobie) oder einen Unfall*) in einem abgeschlossenen, Flucht oder Zurückziehen nicht gestattenden Raume (Claustrophobie) oder eine Beschmutzung bei Berührung irgend eines Gegenstandes (Mysophobie, délire du toucher) oder eine Ansteckung, Verletzung oder Vergiftung in gleichem Falle (Abtritte, spitze Gegenstände, Phosphorstreichhölzchen u. s. w.).

2. Zwangsvorstellungen einer ganz widersinnigen Handlung: der Kranke wähnt, in sein Gebet einen Fluch einfügen, seinen Angehörigen gemeine Schimpfworte zurufen, sich selbst oder einen Anderen umbringen, irgend eine compromittirende Handlung (z. B. in Gesellschaft) begehen, alle Ladenschilder auf den Strassen auswendig lernen zu müssen u. dgl. m.**) oder er wähnt eine solche widersinnige Handlung bereits begangen zu haben.

3. Zwangsvorstellungen im Sinn einer zwangsmässigen widersinnigen symbolischen Umdeutung einer normalen Handlung: der Kranke wähnt, wenn er seine Kleider aufhängt, so hänge er seinen Vater auf, oder wenn er einen Knoten schürzt, er ziehe eine Schlinge um den Hals eines Angehörigen zu, oder wenn er sein Fleisch schneidet, er schneide in den Körper eines Verwandten u. s. f.

Fast an jede Situation kann sich eine Zwangsvorstellung knüpfen: der Kranke denkt sich, die Situation könne entweder an sich oder durch

*) Der gefürchtete Unfall kann plötzlicher Stuhlgang mit Kothverunreinigung (z. B. im Schulzimmer, in der Gemeinderathssitzung) oder plötzliches Feuer (z. B. im Theater) u. s. w. sein.

**) Die Zwangsvorstellungen unter 1 und 2 gehen zuweilen in einander über: der Kranke fürchtet, durch eine ganz widersinnige Handlung ein Unglück angerichtet zu haben oder anzurichten, so z. B. glaubt er bei dem Vorüberstreifen an Passanten auf der Strasse Jemand lebensgefährlich verletzt zu haben.

sein Verschulden (eine bestimmte Unterlassung oder eine bestimmte Thätigkeit) zu schweren Folgen führen oder schon geführt haben. Es ist jedoch für die uns beschäftigende Krankheit sehr charakteristisch, dass der Kranke in der Regel sich auf eine oder einige wenige Zwangsvorstellungen beschränkt. Nur an einige ganze bestimmte Empfindungen knüpfen die pathologischen Associationen an. So bleibt z. B. nicht selten die Mysophobie oder Berührungsfurcht jahrelang, mitunter zeitlebens die einzige Zwangsvorstellung, welche neben sich keine anderen Zwangsvorstellungen aufkommen lässt.

Nicht stets ist der Inhalt der Zwangsvorstellungen bei der in Rede stehenden Krankheit ein unangenehmer, nicht selten ist er auch trivial, und der Kranke fühlt nur das stete Aufdrängen der Zwangsvorstellungen eben wegen ihrer Trivialität unangenehm. So können dem Kranken ganz sinnlose Sätze sich fortwährend aufdrängen, welche an sich des Gefühlstons völlig entbehren. Hierher gehört auch die in der speciellen Pathologie erwähnte Grübelsucht (S. 126).

Formale Störungen des Vorstellens. Primäre derartige Vorstellungen fehlen vollständig, dagegen kommt es mitunter zu einer secundären Hemmung und Incohärenz des Vorstellungsablaufs. Erstere ist auf die Angst, welche die Zwangsvorstellungen begleitet, letztere auf das störende, fort und fort sich wiederholende Zwischentreten der Zwangsvorstellungen selbst zurückzuführen.

Störungen des Empfindens fehlen in den uncomplicirten Fällen zunächst vollständig; erst in den späteren Stadien des Krankheitsverlaufs kommt es zuweilen zu Illusionen und Hallucinationen im Sinn der Zwangsvorstellungen. So sieht der Kranke, welcher jahrelang von der Zwangsvorstellung beherrscht war, er habe einen Vorübergehenden von der Brücke, welche er täglich passirt, herabgestossen, schliesslich, wenn er über die Brücke geht, „einen unbestimmten Schein, als fiele eben eine Gestalt in den Fluss". Aeusserst selten erlangen diese Sinnestäuschungen eine erheblichere sinnliche Lebhaftigkeit (s. auch S. 123).

Affectstörungen. Bei der *typischen* Form der Krankheit kommen *primäre* Affectstörungen *nicht* vor. Die Zwangsvorstellung führt erst secundär in der S. 122 beschriebenen Weise zu Angstaffecten. Diese Angstaffecte erst verleihen der Zwangsvorstellung ihren enormen Einfluss auf das Handeln des Kranken. Nur wenn der Kranke seiner Zwangsvorstellung nachgiebt, lässt die Angst momentan nach. In Stunden bezw. in Situationen, welche von Zwangsvorstellungen verschont bleiben, ist der Kranke in normaler Stimmung, weder krankhaft traurig noch krankhaft reizbar.

Die *Handlungen* entsprechen durchaus dem Inhalt der Zwangsvorstellungen sowie der die Zwangsvorstellungen begleitenden Angst.

Sie tragen den Charakter der sogenannten Zwangshandlungen (vgl. S. 122, 125, 164). Meist erlahmt der Widerstand der Kranken gegenüber ihren Zwangshandlungen schon sehr bald. Entweder geht er dem Kampf ganz aus dem Wege, indem er keine geschlossenen Räume mehr besucht, alle spitzen Gegenstände aus seinem Hause verbannt, kein Kleid mehr in seinem Schrank aufhängt, von anderen das Essen sich vorschneiden lässt u. s. w., oder er unterliegt im Kampf: kaum hat er sein Kleid an den Nagel gehängt, so zwingt ihn die Zwangsvorstellung und die Angst, welche sie begleitet, das Kleid wieder herunterzunehmen. Oft wird der Kranke vollständig unfähig, seinen Beruf weiter anszufüllen, weil die Zwangsvorstellungen seine ganze Thätigkeit absorbiren. Weil er glaubt, in seinem Brief einen Schreibfehler oder einen falschen Ausdruck gebraucht zu haben, öffnet er das Convert immer wieder, um sich zu überzeugen, dass Alles richtig geschrieben ist. Aber kein Augenschein hilft; oft genug reclamirt der Kranke den Brief, den er schliesslich doch noch in den Kasten geworfen hat, nachträglich auf der Post: die Zwangsvorstellung, er könne sich versehen haben, ist mächtiger als sein gesundes Urtheil und die normale Sinnesempfindung.

Körperliche Symptome stellen sich in den uncomplicirten Fällen erst mit dem Angstaffect ein. Dieser zeigt fast stets eine Reihe körperlicher Begleiterscheinungen, so namentlich allgemeines Zittern, arteriellen Gefässkrampf, Cardiopalmus, zuweilen auch Gesichtsfeldeinengung, Schwindel und Uebelkeit.

Verlauf. Die erste Zwangsvorstellung tritt meist ganz plötzlich auf und zwar gewöhnlich bei einer ganz bestimmten Constellation der äusseren Umstände, der Empfindungen und Vorstellungen. Sehr häufig knüpft die erste Zwangsvorstellung an irgend eine bedeutsamere Situation oder ein bedeutsameres Erlebniss an. Der Kranke soll z. B. zum ersten Male als Prediger die Kanzel betreten oder eine grössere Gesellschaft besuchen u. dgl. m. Fast stets lässt sich nachweisen, dass in dem Augenblick, wo der Kranke zum ersten Mal einer Zwangsvorstellung anheimfiel, seine Widerstandskraft durch irgend ein Moment (Nachtwache, Ueberarbeitung, Affectspannung, Ueberraschung) geschwächt war. Hat die Zwangsvorstellung erst ein Mal von ihrem Opfer Besitz ergriffen, so bedarf es künftig solcher prädisponirenden Momente nicht mehr: sobald sich dieselbe Situation wiederholt, tritt alsbald die Zwangsvorstellung wieder auf. Mit jedem Auftreten nistet sie sich fester ein. Schliesslich bedarf es auch keiner bestimmten Situation mehr. Der Kranke fürchtet ein brennendes Streichholz haben fallen zu lassen, ohne dass er ein Streichholz gesehen hat, geschweige denn ein Streichholz angesteckt hat.

Der weitere Verlauf der Krankheit ist meist remittirend. Auch spontane Intermissionen kommen gelegentlich vor.

Ausgänge und Prognose. Heilungen sind in den uncomplicirten Fällen selten. Man kann sie nur in solchen Fällen erwarten, wo die Zwangsvorstellungen auf dem Boden einer ganz acut einwirkenden rasch vorübergehenden Schädlichkeit sich entwickelt haben (z. B. nach schweren Blutverlusten oder in der Gravidität). In allen anderen Fällen bleiben die Zwangsvorstellungen bis zum Lebensende bestehen. Fast niemals gehen die Zwangsvorstellungen in Wahnvorstellungen über. Das Krankheitsbewusstsein bleibt auch nach Jahrzehnten noch völlig erhalten. Auch ein Uebergang in secundäre Demenz kommt nicht vor. Ein solcher wird zuweilen allerdings dadurch vorgetäuscht, dass die Kranken nach jahrelangem Verlauf schliesslich des Kampfes müde werden und mechanisch den ganzen Tag ihren Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen nachhängen. Darüber gehen schliesslich alle anderen Interessen und Affecte des Kranken unter. Viele verlassen ihr Zimmer kaum, schen ziehen sie sich von allen Menschen zurück und vernachlässigen ihren Beruf und ihre häuslichen Pflichten vollständig. Eine aufmerksame Untersuchung lehrt jedoch sofort, dass diese Apathie mit keinerlei Intelligenzdefect verknüpft ist.

Varietäten. Die uncomplicirte „Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen" ist nicht gerade häufig. Häufiger ist sie mit Neurasthenie oder Hysterie complicirt. Speciell ist die Complication mit Neurasthenie so gewöhnlich, dass man zuweilen die Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen völlig gestrichen und alle hierher gezählten Fälle zur Neurasthenie gerechnet hat. Damit ist man nun allerdings zu weit gegangen, da es nicht wenige Fälle giebt, wo alle neurasthenischen Symptome fehlen, aber die Thatsache, dass im Verlauf der Neurasthenie ungemein häufig typische Zwangsvorstellungen auftreten, ist unzweifelhaft richtig. Es ist dies offenbar so aufzufassen, dass die Zwangsvorstellungen selbst nur ein Symptom darstellen. Dieses Symptom kommt bei den verschiedensten Psychosen vor, so z. B. auch bei Melancholie, im Anfangsstadium der Dementia paralytica, bei Hysterie u. s. f. und namentlich bei Neurasthenie. Dasselbe Symptom tritt aber auch isolirt auf d. h. als einziges Hauptsymptom einer bestimmten Krankheit, nämlich der im Obigen beschriebenen „Geistesstörung aus Zwangsvorstellungen".

Aetiologie. Erbliche Belastung ist sowohl bei der typischen wie bei der mit Neurasthenie complicirten Form äusserst häufig (ca. 80 %). Oft liegt schwere erbliche Degeneration vor. Der Ausbruch fällt am häufigsten in die Zeit der Pubertät. Gelegentlich zeigen sich die ersten Zwangsvorstellungen schon in der Kindheit. Ab und zu fällt der Krankheitsbeginn mit dem Klimakterium zusammen. Masturbation, Abusus Nicotianae, Alkoholexcesse, intellectuelle Ueberanstrengung, körperliche Strapazen, gehäufte Affecterregungen kommen oft zu der erblichen Ver-

anlagung hinzu. Die Gelegenheitsveranlassungen zum Auftreten der ersten Zwangsvorstellung wurden ohen bereits erwähnt, desgleichen wurde der wichtigen Rolle der Neurasthenie bei der Genese von Zwangsvorstellungen gedacht.

Diagnose. Entscheidend für die Diagnose ist zunächst stets der Nachweis, dass der Kranke von der Krankhaftigkeit seiner Vorstellungen durchaus überzeugt ist und ihr Auftreten als einen qualvollen Zwang fühlt. Impulsive Handlnngen, d. h. plötzliche, dem Spiel der Motive scheinbar gar nicht entsprechende Handlungen kommen auch auf Grund von Hallncinationen vor, ferner auf Grund plötzlicher Stimmungsschwankungen hei der Hysterie und auf Grund plötzlicher Einfälle hei der Paranoia der Erblich-Belasteten und köunen hei äusserlicher Beohachtung Zwangsvorstellungen bezw. Zwangshandlungen vortäuschen. Genauere Untersuchung ergiebt ohne Schwierigkeit, worum es sich handelt. Die Zwangshandlung, welche auf einer Zwangsvorstellung heruht, tritt ein, obwohl der Kranke anch im Angenblick des Handelns nicht im geringsten an der Krankhaftigkeit, Widersinnigkeit und Unfreiwilligkeit seiner Handlung zweifelt. Die impulsive Handlung des Hallncinanten, Hysterikers u. s. f. erfolgt hingegen in einem Angenblick, wo eine plötzliche Sinnestäuschung oder eine plötzliche Wahnvorstellung vom Kranken als Wirklichkeit angenommen wird. Ein sachgemässes Befragen des Kranken selbst führt hier stets zum Ziel.

Sohald einmal feststeht, dass wirklich Zwangsvorstellungen vorliegen, so erhebt sich die weitere Frage, oh es sich um die für unsere Krankheit typischen Zwangsvorstellungen handelt, welche, wie ohen hervorgehohen, ohne wesentliche Mitwirkung von Angstaffecten entstehen. Man hat somit den Kranken direct zu hefragen: Ueberfällt Sie erst die Angst und kommen Ihnen dann die Zwangsgedanken? Oder kommen Ihnen letztere zuerst und stellt sich mit und nach ihnen erst die Angst ein? Meist heantworten die Kranken diese Frage ganz präcis. Man muss nur die Frage ausdrücklich auf die erste Zeit der Krankheit heschränken. Später verschieht sich nämlich der psychologische Zusammenhang oft. Namentlich kommt später zn der durch die Zwangsvorstellung direct hervorgerufenen Angst noch „die Angst vor der Zwangsvorstellungsangst“, wie eine Kranke es in sehr hezeichnender Weise naunte. Der Kranke geräth späterhin schon in Angst, weun er nur ein Kleid liegen sieht; er fürchtet die Zwangsvorstellung mit ihren Angstqualen. Unter diesen Umständen kann es dann scheinen, als gehe die Angst der Zwangsvorstellung voraus. Diese Angst ist jedoch eine nachträglich eingeschobene. Im Krankheitsbeginn hestand nur die der Zwangsvorstellung nachfolgende Angst. Daher ist hei der Befragung des Kranken stets auf die erste Zeit der Krankheit Bezug zu nehmen.

Auch mit der Feststellung typischer d. h. primärer Zwangsvorstellungen ist die diagnostische Arbeit noch nicht vollständig gethan. Man wird vor Allem noch eruiren müssen, ob Symptome der Neurasthenie oder der Dementia paralytica bestehen. Finden sich Symptome der letzteren, so sind die Zwangsvorstellungen nur ein Vorläufersymptom der Dementia paralytica. Viel häufiger werden sich psychische und somatische Symptome der Neurasthenie (event. auch der Hysterie) finden. Dann handelt es sich um eine Neurasthenie complicirt mit Zwangsvorstellungen. Endlich wird in einer gewissen Zahl von Fällen ausser den typischen Zwangsvorstellungen und einigen Degenerationszeichen ein erheblicheres körperliches oder seelisches Krankheitssymptom überhaupt nicht vorhanden sein: in diesen Fällen liegt die uncomplicirte „Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen“ vor.

Therapie. Bei den typischen Zwangsvorstellungen ist Gemeingefährlichkeit fast niemals, Selbstmordverdächtigkeit selten vorhanden. Trotzdem ist die Behandlung in der Familie nicht anzurathen, weil nur dann, wenn der Arzt in der Lage ist, das ganze Leben des Kranken selbst zu überwachen und eventuell in jeder Stunde persönlich einzugreifen, irgendwelcher Erfolg zu erwarten ist. Es empfiehlt sich daher, den Kranken entweder einer Nervenheilanstalt oder der offenen Abtheilung einer Irrenanstalt zuzuweisen. In der Anstalt ist, abgesehen von der Erfüllung ätiologischer Indicationen (Entziehung des Nicotins, des Alkohols, Hebung der Ernährung, Abhärtung des Nervensystems durch kalte Waschungen u. s. w.) und abgesehen von der Behandlung complicirender neurasthenischer Symptome, vor Allem die Lebensweise durch einen geeigneten Stundenplan genau zu regeln. Wenn es irgend thunlich ist, vermeidet man zunächst jede Beschäftigung und jede Situation, an welche die Zwangsvorstellungen des Kranken anzuknüpfen pflegen. Erst wenn einige Wochen — und in schwereren Fällen einige Monate — auf diesem Wege das Auftreten der Zwangsvorstellungen vermieden oder wenigstens eingeschränkt worden ist und damit die associative Verknüpfung der Empfindung mit der zugehörigen Zwangsvorstellung sich etwas gelockert hat, beginnt man mit methodischen Uebungen. Man lässt den Kranken mit den leichtesten Versuchen beginnen. Man begnügt sich z. B. damit, dass die Kranke ein Kleid aufhängt und 30 Secunden hängen lässt, oder man fängt damit an, dass man selbst unter ihren Augen ein Kleid aufhängt oder ihre Hand bei dem Aufhängen führt. Den Kranken mit Feuerfurcht wird man in analoger Weise zunächst ein Streichhölzchen erfassen und erst in späteren Tagen anstecken lassen; das angezündete Streichhölzchen wird man zunächst dem Kranken aus der Hand nehmen und ihm erklären: die Verantwortung sei von ihm abgenommen, man übernehme sie selbst und werde das Streichhölzchen

selbst beseitigen. Erst später muss der Kranke das Streichholz selbst auslöschen und wiederum später es selbst wegwerfen lernen. So gewöhnt man den Kranken allmählich an den Kampf mit seinen Zwangsvorstellnngen. Bei den ersten Versnchen muss der Arzt stets selbst zugegen sein, nnd nur langsam gewöhne man den Kranken allein seine Zwangsvorstellung zu unterdrücken. Selbstverständlich mnss der Kranke das vollste Vertranen zum Arzt haben; die autoritative Versicherung des letzteren: „ich übernehme die Verantwortung für alle Folgen“ erleichtert dem Kranken den Kampf oft ungemein. Leider bleiben bei der praktischen Durchführung dieser Methode zahlreiche Rückfälle nicht aus. Es gilt dann immer wieder mit unermüdlicher Gednld den Weg von vorn zu beginnen. In vielen Fällen trotzt freilich die Krankheit allen Bemühungen, in manchen aber erzielt man nach halbjähriger oder ganzjähriger Behandlung schliesslich doch eine erhebliche Remission oder gar eine Intermission.

Besonders grosse Schwierigkeiten bietet meist die psychische Behandlung der Berührungsfurcht. Bei dieser speciellen Form empfiehlt es sich znnächst mit Bettruhe zu beginnen und dem Kranken die krankhaft gehäuften Waschungen völlig zu verbieten; statt dessen lässt man ihn zunächst durch einen Pfleger regelmässig und zwar zunächst ziemlich häufig (z. B. stündlich) waschen. Ganz allmählich schränkt man diese Waschungen ein und ganz allmählich überträgt man eine Waschnng nach der anderen dem Kranken selbst. Dabei ist die Zeit und die Dauer jeder einzelnen Waschung auf die Minute genau vorzuschreiben. Später lässt man vorsichtig den Kranken aufstehen, bringt ihn mit immer mehr Gegenständen zunächst in seinem Zimmer und schliesslich auch ausserhalb desselben in Berührung.

Stärkere Angstanfälle sind mit kalten Abwaschungen oder hydropathischen Einpackungen und namentlich mit Bettruhe zu bekämpfen. Opium und auch Alkohol wirken zwar sehr prompt, ihre Anwendung führt jedoch leicht zu chronischem Abusus. Man greife daher nöthigenfalls lieber zu den Bromsalzen.

Zerstreuung, namentlich Geselligkeit, wirkt in vielen Fällen günstig. Auch die Versetzung in eine ganz andere Umgebung und Thätigkeit hat oft einen überraschend günstigen und plötzlichen, leider aber meist nur vorübergehenden Erfolg.

Pathologische Anatomie. Sectionsbefunde liegen nicht vor, die Krankheit ist somit als functionell zu bezeichnen.

B. Zusammengesetzte Psychosen.

Die zusammengesetzten Psychosen ohne Intelligenzdefect sind erheblich seltener als die einfachen. Ihre Abgrenzung ist im Einzelnen noch sehr wenig sicher. Es sollen daher nur einige wichtigere Formen ganz kurz besprochen bezw. genannt werden.

a. Die secundäre hallucinatorische Paranoia.

Diese Psychose ist dadurch charakterisirt, dass auf ein melancholisches oder maniakalisches Stadium ein hallucinatorisch-wahnhaftes Stadium folgt. Das melancholische bezw. maniakalische erste Stadium entspricht in allen wesentlichen Punkten der typischen Melancholie bezw. Manie, das zweite paranoische Stadium verläuft meist unter dem Bild einer typischen hallucinatorischen Paranoia. Häufiger ist der melancholisch-paranoische Verlauf. Den Uebergang aus dem melancholischen in das paranoische Stadium vermitteln öfters hypochondrische Wahnvorstellungen. Im paranoischen Stadium kommen Verfolgungsvorstellungen und Grössenvorstellungen und die entsprechenden Hallucinationen gleichmässig vor, einerlei ob das erste Stadium melancholischen oder maniakalischen Charakters war. Die Dauer des ersten Stadiums beläuft sich auf 2—6, diejenige des zweiten auf mindestens ebensoviele Monate. Heilung tritt höchstens in der Hälfte aller Fälle ein, in der anderen Hälfte entwickelt sich allmählich secundäre Demenz. Die Therapie gestaltet sich im paranoischen Stadium ganz wie diejenige einer acuten hallucinatorischen Paranoia.

b. Die postmanische und postmelancholische Stupidität.

Zuweilen kommt es nach einer typischen Manie oder Melancholie zu einer typischen Stupidität. Man muss sich hüten, letztere mit einer secundären Paranoia in stuporöser Form zu verwechseln. Auch bei diesem Verlauf ist die Gefahr eines Ausgangs in secundäre Demenz gross. Für die Behandlung kommen specielle Indicationen nicht in Betracht.

c. Die postneurasthenische hypochondrische Melancholie und einfache hypochondrische Paranoia.

Bei Besprechung des neurasthenischen Irreseins wurde dieses Verlaufes bereits gedacht. Es wurde hervorgehoben, dass die hypochondrische Neurasthenie entweder durch Auftreten primärer Angstaffecte und primärer Depression in hypochondrische Melancholie oder durch wahnhafte Weiterbildung der hypochondrischen Vorstellungen in einfache hypochondrische Paranoia übergehen könne. Der ersteren Eventualität kann man oft mit günstigem Erfolg durch eine energische Opium-

therapie vorheugen, der letzteren Eventualität stehen wir machtlos gegenüher; doch wird man durch einen völligen Wechsel der Lehensbedingungen und energische Beschäftigung die Entwickelung einer einfachen Paranoia aufzuhalten versnchen.

d. Die postmelancholische hypochondrische einfache Paranoia.

Die Melancholie mit secundären hypochondrischen Wahnvorstellungen nimmt zuweilen folgenden bereits hei Besprechung der Melancholie kurz erwähnten Verlauf: die Depression und die Angstaffecte verschwinden, die hypochondrischen Wahnvorstellungen machen sich von den Affectstörungen, aus welchen sie hervorgegangen sind, nnahhängig und im Anschluss an sie treten Wahnvorstellungen der Verfolgung n. s. w. anf. Von der unter a. erwähnten Form der Secundärparanoia unterscheiden sich diese Formen durch die Ahwesenheit aller Hallncinationen. Die Therapie ist gegenüher dieser Weiterentwicklung fast völlig machtlos. Eine sehr energische Opiumhehandlung mit gleichzeitiger intensiver Beschäftignng wirkt zuweilen günstig.

e. Das melancholisch-maniakalische Irresein (Folie à donhle forme).

Es wurde schon früher erwähnt, dass das hyperthymische Reactionsstadium nach einer in Genesung übergehenden Melancholie zuweilen his zn der Höhe einer zweiten Psychose, einer Manie, sich entwickeln kann. Ebenso kommt es vor, dass das depressive Reactionsstadinm nach einer in Genesung ühergehenden Manie zuweilen his zu einer secundären Melancholie sich steigert. In heiden Fällen spricht man von einer Folie à donhle forme oder einem melancholisch-maniakalischen hezw. maniakalisch-melancholischen Irresein. In seltenen Fällen ist die Psychose mit einem derartigen Verlauf in 2 Stadien erledigt und von definitiver, danernder Heilung gefolgt. Meist ist der Verlauf circnlär, d. h. nach einem kürzeren oder längeren Intervall wiederholt sich der Anfall mit seinen 2 Stadien, und in der Regel setzen sich diese Anfälle his zum Lehensende des Kranken fort. Von den verschiedenen circulären Irreseinsformen (s. allgem. Psychopathologie S. 197) ist diese melancholisch-maniakalische hezw. maniakalisch-melancholische Form weitaus die häufigste. Wenn man daher schlechtweg von circulärem Irresein spricht, so meint man in der Regel eine dieser heiden Formen.

Das gewöhnliche circuläre Irresein zeigt also folgenden schematischen Verlauf: Melancholie, Manie, Intervall, Melancholie, Manie, Intervall, Melancholie, Manie, Intervall u. s. w. oder — nicht ganz so häufig — den schematischen Verlauf: Manie, Melancholie, Intervall, Manie, Melan-

cholie, Intervall u. s. w. Die maniakalische Phase entspricht durchaus einer typischen Manie, die melancholische einer typischen Melancholie. Die Dauer einer Phase schwankt zwischen einigen Tagen und einigen Jahren. Meist beträgt sie 3—6 Monate. Meist dauert die melancholische Phase etwas länger als die maniakalische. Das Intervall ist in der Regel kürzer als eine der Krankheitsphasen. Ab und zu fehlt es ganz. Auch in einem und demselben Fall kann die Dauer der einzelnen Phasen im Verlauf des Leidens sich allmählich verlängern oder verkürzen. Die erste Krankheitsphase setzt meist sehr brüsk ein (namentlich wenn sie maniakalischer Natur ist). Der Uebergang von der ersten Phase zur zweiten ist meist sehr jäh; etwas langsamer klingt die zweite Phase in das Intervall ab. Die maniakalischen Phasen der verschiedenen Anfälle zeigen untereinander oft eine fast photographische Aehnlichkeit und ebenso auch die melancholischen. Im späteren Verlauf der Krankheit findet man oft dass die beiden Phasen des Anfalls nicht mehr so scharf wie Anfangs geschieden sind. Ein episodisches Auftreten einer mehrstündigen oder selbst mehrtägigen Depression innerhalb der maniakalischen Phase oder einer ebenso vorübergehenden Exaltation innerhalb der melancholischen Phase kommt auch bei den ersten Anfällen schon oft vor und giebt oft schon früh einen Fingerzeig, dass es sich nicht um eine einfache Manie oder Melancholie, sondern um die Theilphase eines circulären Irreseins handelt.

Die Prognose dieses circulären Irreseins ist sehr ungünstig. Selbst die sorgfältigste Behandlung in einer Anstalt vermag die Wiederkehr neuer Anfälle gewöhnlich nur hinauszuschieben, nicht aber zu verhindern. Erbliche Belastung fehlt selten, in über 60 % aller Fälle liegt schwere erbliche Belastung vor. Gelegentlich tritt die Krankheit auch im Verlauf des chronischen Alkoholismus auf. Der erste Ausbruch erfolgt meist in der Pubertät oder im Klimakterium.

Die Diagnose ist mit Sicherheit erst möglich, wenn bereits mehr als ein doppeltheiliger Anfall beobachtet worden ist bezw. anamnestisch bereits ein solcher sich feststellen lässt. Ist der zu beurtheilende Anfall der erste überhaupt vorgekommene, so wird man, solange nur eine Theilphase, eine melancholische oder eine maniakalische, eingetreten ist, eine sichere Diagnose kaum stellen können. Höchstens könnte das oben erwähnte Auftreten von Anfällen entgegengesetzter Stimmung den Verdacht auf circuläres Irresein erwecken. Aber auch wenn man auf die erste Phase eine entgegengesetzte folgen sieht, wenn also ein Zirkel bereits fast vollständig vorliegt, muss man mit der Diagnose eines circulären Irreseins sehr vorsichtig sein. Es bleibt immer die Möglichkeit offen, dass die zweite Phase lediglich ein Reactionsstadium darstellt, wie es auch nach der einfachen Melancholie und nach der einfachen Manie so sehr oft vorkommt. Je ausgesprochener und selbstständiger die zweite Phase

auftritt, um so dringender wird der Verdacht, dass circuläres Irresein vorliegen könnte.

Therapie. Anstaltsbehandlung ist fast stets nothwendig, in der melancholischen Phase wegen der Selbstmordversuche, in der maniakalischen wegen der Neigung zu Excessen, der Streitsucht und der motorischen oft bis zu ausgesprochener Tobsucht sich steigernden Erregung. In den ersten Intervallen belässt man die Kranken am besten in der Anstalt, um einen Versuch zu machen durch rechtzeitiges Eingreifen den nächsten Anfall zu coupiren und so die Krankheit zur Heilung zu bringen. Später wird man, wenn eine Heilung ausgeschlossen scheint, die Kranken im Intervall aus der Anstalt entlassen und nur Sorge tragen, dass auf die ersten Zeichen eines neuen Anfalls genau geachtet und am besten der Kranke sofort wieder eingeliefert wird.

In den beiden Phasen ist die Behandlung ganz so durchzuführen, als handle es sich um eine gewöhnliche Melancholie bezw. Manie. Die Coupirung der maniakalischen Phase kann durch Bettruhe und Hyoscin versucht werden. Von letzterem sind grosse Dosen, mindestens 0,0009 g zu geben, sobald die ersten maniakalischen Symptome sich zeigen. Die Bettruhe ist schon einige Wochen vor dem muthmaasslichen Datum des Ausbruches der Manie durchzuführen. Zur Coupirung der melancholischen Phase empfiehlt sich ausser Bettruhe die prophylaktische Verabreichung von Opium. Man beginnt mit dieser langsam schon einige Wochen, bevor die Wiederkehr der melancholischen Phase zu gewärtigen ist. Eventuell ist auch ein plötzlicher Coupirungsversuch angebracht, sobald die allerersten melancholischen Symptome sich zeigen, man muss dann sofort sehr hohe Dosen (mindestens 0,12 Op. per os) geben. In vereinzelten Fällen gelingt auch eine Coupirung des Anfalles durch subcutane Injectionen von Chinium bisulfur.

f. Katatonie.

Als Katatonie oder Spannungsirresein hat Kahlbaum eine eigenartige Psychose beschrieben, welche 3 Stadien durchläuft, ein melancholisches, ein maniakalisches und ein stuporöses und dann in secundäre Demenz übergeht. Allen Stadien der Krankheit ist die Neigung zu katatonischen stereotypen Innervationen gemeinsam. Diese stereotypen katatonischen Innervationen bestehen in sonderbaren monotonen Handlungen, Haltungen und Einzelbewegungen. Die Krankheit ist selten. Wo katatonische stereotype Stellungen und Bewegungen auftreten, handelt es sich meist um Melancholia attonita oder Paranoia hallucinatoria oder irgend eine Form des Schwachsinns. Das Vorkommen einer eigenartigen Katatonie im Sinne Kahlbaums ist daher oft bestritten worden. Der Ausbruch erfolgt meist in der Pubertät. Meist liegt schwere erbliche

Belastung vor. Der Verlauf der 3 ersten Stadien erstreckt sich über 1—2 Jahre. Dann beginnt der Uebergang in secundäre Demenz. Spuren der letzteren lassen sich übrigens zuweilen bis in das 1. Stadium zurückverfolgen. Heilungen sind sehr selten.

II. Defectpsychosen.

Charakteristisch für die Defectpsychosen ist der Intelligenzdefect (= Gedächtnissschwäche + Urtheilsschwäche), welcher vom Beginn der Krankheit an nachweisbar ist.

A. Angeborene Defectpsychosen.

Bei diesen ist der Intelligenzdefect angeboren und erfährt im Lauf des Lebens keine wesentliche Steigerung. Nach dem Grade des Intelligenzdefects unterscheidet man folgende Formen des angeborenen Schwachsinns: 1. Idiotie, 2. Imbecillität, 3. Debilität.

a. Idiotie.

Die Idiotie stellt die schwerste Form des angeborenen Schwachsinns dar.

Specielle Symptomatologie.

Empfindungen. Die Empfindungen selbst sind bei dem Idioten, soweit nicht Complicationen vorliegen (Retinitis, Sehnervenatrophie, Hypermetropie u. s. w.), normal. Die Geringfügigkeit der motorischen Reactionen auf Sinneseindrücke beruht meist nicht auf Hypästhesie, sondern auf Hypoprosexie, also auf einer Störung der Association und der Vorstellungen, nicht auf einer Empfindungsstörung.

Vorstellungen. Die Empfindungen des Idioten hinterlassen keine oder nur sehr wenige Erinnerungsbilder, welche länger als einige Minuten haften. So oft ihm Gegenstände und Personen begegnen und gezeigt werden, prägt sich ihm doch ihr Erinnerungsbild nicht ein. Keine Aenderung des Gesichtsausdruckes verräth, dass die eine Empfindung ihm schon oft begegnet ist, die andere noch niemals oder selten. Seine nächsten Angehörigen, seine Kleider, sein Bett erkennt er nicht wieder. Er unterscheidet keine Farben, meist auch keine Speisen: die Erinnerungsbilder, welche zum Unterscheiden von Empfindungen unerlässlich sind, fehlen ihm. Nur bei etwas höher stehenden Idioten findet man zuweilen einzelne concrete Erinnerungsbilder und zwar meist optische: ein Lächeln verräth, dass sie das Licht, die Suppe, das Kleid, das man ihnen zeigt, kennen.

Sprachliche Begriffe, sowohl akustische wie motorische, gehen dem Idioten völlig ab. Höchstens lernt er — ähnlich wie das dressirte Thier — auf gewisse Zurufe bestimmte Bewegungen machen. Etwas höher stehende Idioten verfügen entsprechend ihrem Besitzstand an Vorstellnngen über einige wenige Sprechbewegungen.

Ideenassociation. Die Störung des Wiederkennens wurde bereits hervorgehoben: die Idioten erkennen fast nichts wieder, da Erinnerungsbilder ihnen fehlen. Hochgradig ist meist anch die Aufmerksamkeit gestört: es giebt viele Idioten, welche bei dem lautesten Lärm hinter ihrem Rücken sich nicht nmdrehen, obwohl sie nachweislich nicht taub sind. Zu associativen Verknüpfungen und somit zu einem Ablauf der Vorstellnngen kommt es bei dem Idioten nicht. Eine Ideenassociation fehlt ihm vollständig.

Affecte. Die sensoriellen Gefühlstöne sind häufig ganz aufgehoben. So besteht bei den meisten Idioten eine völlige Analgesie. Nur Sättigung und Hnnger sind öfter von Gefühlstönen begleitet. Auch scheint das Sehen glänzender Gegenstände zuweilen von einem positiven Gefühlston begleitet zu sein. Sexuelle Wollustgefühle sind sehr häufig vorhanden. Auf welche Empfindnngen die gelegentlichen scheinbar spontanen Wuthausbrüche mancher Idioten zurückzuführen sind, lässt sich nicht feststellen. Intellectuelle Gefühlstöne fehlen völlig. Entsprechend der Armuth an Affecten fehlen bei schwerer Idiotie auch die Ausdrucksbewegungen des Lachens nnd des Weinens.

Handlungen im engeren Sinne kommen bei den Idioten sehr selten vor. Nur die Essbewegungen könnten zu denselben gerechnet werden. Bei höherstehenden Idioten kommt auch das Fixiren glänzender Gegenstände vor. Andere stecken alles Greifbare in den Mund. Nur wenige Idioten lernen gehen nnd stehen. Desgleichen sind sie fast niemals an Reinlichkeit zu gewöhnen. Manche idiotische Kinder lernen nicht einmal an der Mutterbrust zu saugen. Um so stärker sind bei dem Idioten die automatischen Acte entwickelt: viele wackeln Tag aus Tag ein mit dem Kopf oder wiegen den Rumpf in dieser oder in jener Richtung. Auch eine triebartige, d. h. von irgendwelchen Vorstellungen nicht begleitete Masturbation tritt zuweilen schon im 4. Lebensjahre und selbst noch früher auf. Bei etwas höher stehenden Idioten kommt es später zu bewusster Onanie und zu sexuellen Attentaten auf die Umgebung.

Körperliche Symptome. Unter diesen stehen die sog. Degenerationszeichen obenan; es erklärt sich dies daraus, dass die Idiotie sich fast stets auf dem Boden schwerer erblicher Degeneration entwickelt. In anderen Fällen, für welche Rachitis oder hereditäre Syphilis die Hauptrolle spielen, wird man die Symptome dieser constitutionellen Leiden

finden. In einer dritten Reihe von Fällen schliesst sich die Idiotie an eine circumscripte infantile Heerderkrankung oder Entwicklungshemmung des Gehirns an: dann findet man die typischen Symptome, wie sie der Localisation der Heerderkrankung entsprechen (z. B. eine Hemiplegie mit Atrophie und Contractur und ohne Entartungsreaction u. s. w.) Häufiger sind die neuropathologischen Symptome entsprechend einer gleichmässigeren Allgemeinerkrankung des Gehirns diffuser. Allenthalben finden sich Ausfallserscheinungen: die grobe motorische Kraft ist herabgesetzt, die passive Beweglichkeit durch Contracturen eingeschränkt, die Coordination der activen Bewegungen bald durch echte Ataxie, bald durch choreatische Zwischenbewegungen, bald durch allerhand Mitbewegungen gestört. Ungemein häufig ist Complication mit genuiner Epilepsie oder mit Jackson'scher Epilepsie. Complicirtere Bewegungscoordinationen erlernt der Idiot fast niemals. Dementsprechend ist auch die Sprache, soweit solche überhaupt bei dem dürftigen Vorstellungsleben sich entwickelt hat, gestört. Selten besteht eine motorische Aphasie, häufiger eine Anarthrie, bald das sog. Stammeln. Stottern und Silbenstolpern kommt fast niemals vor. — Lähmungen einzelner oder mehrerer Augenmuskeln mit oder ohne Nystagmus sind sehr häufig. Endlich besteht oft eine Lähmung der Sphincteren. — Pupillenstarre und Aufhebung der Knie- resp. Achillessehnenphänomene sind nur in solchen Fällen häufiger, wo hereditäre Syphilis im Spiele ist. Allgemeine sensible Störungen sind nicht so häufig wie motorische Störungen. Ihr Umfang ist übrigens in Anbetracht der Aprosexie schwer festzustellen.

Trophische Störungen werden selten vermisst. Zu denselben sind jedenfalls auch manche der sog. Degenerationszeichen zu rechnen. Speciell sei hier auch noch erwähnt, dass die Pubertät oft gar nicht oder sehr verspätet eintritt. Besonders auffällig sind die trophischen Störungen bei einer endemischen Form der Idiotie, dem sog. Cretinismus. Bei diesem besteht meist Zwergwuchs und Kyphoskoliose. Die Kleinheit des Rumpfes, dessen Wachsthum mitunter schon mit dem 5. Lebensjahr aufhört, steht in auffälligem Contrast zu der Makrocephalie. In Folge von Lipomatose oder Myxoedem kommt es zu seltsamen Hautwulstungen, namentlich an den Lippen und Augenlidern. Die Glandula thyreoidea ist bald verkümmert, bald erheblich vergrössert.

Verlauf, Ausgänge, Prognose. Die Idiotie bleibt während des ganzen Lebens stabil. Die Erziehung vermag nur sehr wenig Einfluss auf den Zustand zu gewinnen.

Aetiologie. In manchen Fällen liegt der Idiotie lediglich schwere erbliche Belastung zu Grunde. In anderen lässt sich der Einfluss der Rachitis oder der Syphilis nachweisen. Erstere führt wahrscheinlich indirect zur Idiotie, indem sie Missbildungen des Schädels bedingt (s. u.).

Letztere wirkt, indem sie entweder specifische Heerderkrankungen des Gehirns (s. u.) oder diffuse die Hirnentwicklung schädigende Processe hervorruft. Andere ätiologische Momente sind: Kopftraumen während der Geburt oder in den ersten Lebensjahren, schwere fieberhafte Krankheiten in der frühesten Kindheit (Typhus u. s. w.), endlich infantiler Alkoholismus. Speciell letzterer ist in manchen Gegenden sehr verbreitet: den Kindern wird zur Beruhigung von den Eltern bezw. Ammen Branntwein verabreicht. Endlich haben Heerderkrankungen des Gehirns, welche intrauterin oder in den ersten Lebensjahren auftreten, nicht selten Idiotie zur Folge. Meist beruht die in der Idiotie sich kundgebende allgemeine Schädigung der ganzen Hirnrinde auf der bereits in der allgemeinen Aetiologie erwähnten secundären Sclerose, welche in der Umgebung des Krankheitsheerdes beginnt und allmählich sich über den grössten Theil des Gehirns ausbreitet. Auch die acute Encephalitis der Kinder sowie Meningitis in den Kinderjahren vermag, indem sie die Hirnrinde in Mitleidenschaft zieht, Idiotie zu erzeugen.

Eine ganz besondere Beziehung besteht zwischen den Verbildungen des Schädels und der Idiotie. In vielen Fällen ist die Defiguration des Schädels nur eine Folge der abnormen Bildung des Gehirns. Oefter noch ist das Verhältniss umgekehrt. Die abnorme Bildung des Schädels führt zu Wachsthumsstörungen des Gehirns. Viele dieser abnormen Schädelbildungen sind durch Rachitis bedingt. In anderen Fällen handelt es sich um entzündliche Ernährungsstörungen an den Nähten. In Folge derselben kommt es zu prämaturen Nahtverknöcherungen. Betreffen diese Synostosen alle Schädelnähte gleichmässig, so resultirt der einfache Kleinschädel (Mikrocephalie). Häufiger ist nur ein Theil der Nähte betroffen. Dadurch entstehen die mannigfachsten Defignrationen und Asymmetrien des Schädels. Sind vorwiegend die Nähte des Schädelgrundes einer verfrühten Synostose verfallen, so resultirt der sog. Cretinentypus*): die Nase erscheint aufgeworfen, die Nasenwurzel tiefliegend und breit, die Augen stehen daher weit von einander ab, ihre Höhlen sind breit, aber nicht tief, die Kiefer und Jochbeine erscheinen stark vorgeschoben (Prognathismus). An der Schädelbasis erkennt man diese Form sofort an der abnormen Steilheit des Clivus. Die Convexität des Schädels kann dabei in normaler Weise sich entwickeln oder compensatorische Ausweitungen erfahren (Spitzkopf u. s. w.) oder endlich wenigstens bis zu einem gewissen Grade an der verfrühten Verknöcherung theilnehmen. In letzterem Falle tritt zu dem Cretinentypus Mikrocephalie hinzu. — Betrifft die verfrühte Synostose aus-

*) Derselbe ist nicht stets mit Cretinismus verbunden, auch kommt letzterer ohne ersteren vor.

schliesslich oder vorwiegend die Nähte der Convexität, so kommt es zu dem sog. Aztekentypus: Stirn und Nase liegen in einer Linie, der Schädel ist stets sehr klein nnd zwar vor allem sehr niedrig, die Stirn steigt sehr wenig an, die ganze Physiognomie ist von Griesinger treffend mit der eines Vogels verglichen worden.

Ausser diesen beiden Haupttypen giebt es noch zahlreiche andere; jeder einzelne Idiotenschädel bietet seine speciellen Eigenthümlichkeiten. Eine scharfe Unterscheidnng bestimmter scharf abgegrenzter Schädelanomalien ist durchaus unmöglich. Ebenso ist es unmöglich, einer bestimmten Schädelanomalie eine bestimmte Varietät der Idiotie zuzuordnen. Besonders ist endlich hervorzuheben, dass keine einzige Schädelverbildnng (abgesehen von sehr hochgradiger Mikrocephalie) zu Idiotie führen mnss. Gelegentlich findet man anch bei schweren Schädelverbildnngen relativ leichte Grade des Schwachsinns oder sogar Vollsinn.

Diagnose s. Imbecillität.

Therapie. Weun die Diagnose früh genug gestellt wird, ist jedenfalls noch ein Erziehungsversuch in einer Anstalt zu machen. Ist ein solcher wegen vorgerückten Alters aussichtslos oder gescheitert, so ist der weitere Verbleib in der Idiotenaustalt nur nothwendig, wenn im Hause nicht die erforderliche Pflege und Aufsicht zu beschaffen ist oder wenn schwerere Erregungszustände bestehen. Bei hereditärer Syphilis ist eine spezifische Therapie zuweilen erfolgreich.

Pathologische Anatomie. Fast stets ergiebt schon die mikroskopische Untersuchnng ausgesprochene Veränderungen im Centralnervensystem. Die häufigsten Befunde sind:

1. Kleinheit im Ganzen. Gelegentlich findet man bei Idioten ein Hirngewicht von weniger als 900 g (statt 1380 g beim Mann nnd 1270 g beim Weibe). Sehr viel seltener ist allgemeine Hypertrophie des Gehirns mit Erhöhung des Hirngewichtes.

2. Partielle Entwicklungshemmnngen, meist durch partielle Schädelverengungen bedingt.

3. Abnormitäten des Aufbaus. Hierher gehören Abweichungen des Furchenverlaufs, Fehlen einzelner Hirntheile (z. B. des Balkeus), Heterotopien der grauen Snbstanz.

4. Chronischer Hydrocephalus interuus und externus. Er verbindet sich meist mit Makrocephalie*) und scheint meist primär zu sein.

5. Heerderkrankungen: meist Erweichungsheerde mit secundärer Sklerose, zuweilen mit porencephalischem Defect.

Nicht selten finden sich auch im Rückenmark ähnliche pathologische Processe.

*) Die Fontanellen schliessen sich auffällig spät.

h. Imbecillität.

Die Imbecillität stellt die mittelschwere Form des angeborenen Schwachsinns dar.

Specielle Symptomatologie.

Empfindungsstörungen bestehen in der Regel nicht.

Vorstellungen. Der Imbecille verfügt über eine grosse Zahl von concreten Erinnerungsbildern. Zahlreiche Personen und Gegenstände unterscheidet er und oft erkennt er sie wieder, auch wenn der Sinneseindruck sich viele Wochen und Monate nicht wiederholt hat. Die meisten Imbecillen wissen Geldstücke richtig zu unterscheiden. Roth, Gelb, Weiss und Schwarz werden meist unterschieden, Grün, Blau, Braun, Grau häufig nicht. Diesem Vorstellungsschatz entspricht ein grösserer Schatz von motorischen und acustischen Sprachvorstellungen, d. h. Sprechbewegungen und Wortklangbildern. Complicirtere Vorstellungen, namentlich abstracte Vorstellungen erwirbt der Imbecille nur in sehr beschränktem Maasse. Das Zahlenverständniss reicht kaum bis 10, wenn auch der Kranke mechanisch bis 100 zu zählen vermag.

Ideenassociation. Das Wiedererkennen ist häufig fast normal. Erheblich gestört ist fast stets die Fähigkeit zu anhaltendem Aufmerken. Jede anhaltende Aufmerksamkeit setzt die Existenz von Zielvorstellungen voraus; diese z. Th. sehr complexen Zielvorstellungen bedingen, dass längere Zeit hindurch von vielen gleichzeitigen Empfindungen nur eine einzige den Gang der Ideenassociation bestimmt. Kurz kann man dies so ausdrücken: auf eine Empfindung „richte ich meine Aufmerksamkeit“, die anderen ignorire ich. Dem Imbecillen fehlen solche Zielvorstellungen vollständig, oder dieselben sind zu schwach, um auf die Auswahl der Empfindungen Einfluss zu gewinnen. Daher ist er unaufmerksam. Jeder neue Eindruck zieht ihn ab.

Die Verwendung der speciellen concreten Begriffe beschränkt sich auf das Wiedererkennen und Unterscheiden, die freie d. h. von Sinneseindrücken unabhängige Phantasiethätigkeit ist fast ausnahmslos höchst dürftig. Daher ist auch das Traumleben meist sehr wenig lebhaft. Das Urtheilen des Imbecillen beschränkt sich meist auf die Verknüpfung von Empfindungen mit einfachen concreten Partialvorstellungen und Begriffen (z. B. Rose roth). Urtheile, welche auf der Association vieler Erinnerungsbilder beruhen und von actuellen Empfindungen unabhängig sind, sind selten. Addiren wird von Manchen gelernt, Subtrahiren sehr selten, Multipliciren (abgesehen von mechanischer Dressur auf Worte) niemals.

Affecte. Verglichen mit denjenigen des Idioten, sind sie sehr mannigfaltig, verglichen mit denjenigen des Vollsinnigen, noch sehr monoton. Auch ohne Motiv lachen und weinen die Kranken oft. Hyper-

algesie ist häufiger als Hypalgesie. Unverhältnissmässig heftige oder auch ganz motivlose Wuthausbrüche sind häufiger als bei dem Idioten. Die sexuellen Gefühlstöne sind oft gesteigert, ab und zu auch pervers. Fast alle Affecte sind egoistisch. Schadenfreude und Rachsucht überwiegen durchaus über Mitleid und Dankbarkeit. Zuneigung zu Angehörigen kommt wohl vor, ist aber meist sehr oberflächlich. Gefühl für Recht und Unrecht besteht nicht. Bei höherstehenden Imbecillen wird dasselbe zuweilen bis zu einem gewissen Grad durch die Furcht vor Strafe und die Hoffnung auf Belohnung ersetzt. Bei dem Gros der Imbecillen sind auch diese beiden Affecte sehr wenig nachhaltig.

Die Handlungen des Imbecillen sind — wiederum im Gegensatz zu denjenigen des Idioten — sehr mannigfaltig. Actuelle Empfindungen werden oft sehr geschickt verwerthet (vgl. S. 138 und 139). Bezeichnend ist, dass zwischen Empfindung und Handlung sich nur sehr wenige Erinnerungsbilder schieben. Was man als Ueberlegung oder Spiel der Motive bezeichnet, fehlt gewöhnlich ganz. Die Handlungen erhalten dadurch den Anstrich des Triebartigen. In hohem Maasse werden sie durch Nachahmung beeinflusst. Vagabundage und Betteln sind sehr häufig. Grosse forensische Bedeutung haben die sexuellen Excesse (Päderastie, Tribadie, Sodomie, Stuprumversuche u. s. w.) Imbecille Mädchen ergeben sich nicht selten der Prostitution; andere locken Männer an und behaupten nachher vor Gericht, sie seien vergewaltigt worden. In den Zornaffecten kommt es nicht selten zu brutalen Gewaltthaten, Brandstiftungen (z. B. wegen Verweigerung eines Almosens) u. a. m.

Die Quantität der motorischen Actionen ist sehr verschieden; meist ist sie von der Affectlage abhängig. Oefters hat man daher einen apathischen (torpiden) und erregten (agitirten) Schwachsinn unterschieden.

Die körperlichen Symptome decken sich mit denjenigen der Idiotie. Die Missbildungen sind jedoch im Ganzen nicht so zahlreich und nicht so ausgesprochen. Einen wesentlichen Unterschied begründet nur die Entwicklung der Sprache. Der Imbecille verfügt nicht nur über zahlreiche Worte, sondern er verbindet seine Worte auch zum Satz (s. o.). Die Articulation ist allerdings oft durch Stammeln gestört. Mitunter beschränkt sich letzteres auf einzelne Consonanten (Sigmatismus, Parasigmatismus, Rhotacismus u. s. f.). Mitunter äussert es sich auch nur darin, dass lediglich bei zusammenhängendem Sprechen die Aussprache der Consonanten undeutlich wird und einzelne Silben ganz abgeworfen werden. Stets wird das Sprechen sehr spät gelernt. Viele Imbecille lernen auch lesen und schreiben.

Die Coordination und Kraft der sonstigen Bewegungen ist meist, wofern nicht Complicationen mit Heerderkrankungen vorliegen, intact. Sehr häufig sind gelegentliche epileptische Insulte. Im Uebrigen finden

sich ähnliche motorische, sensible und trophische Störungen wie bei der Idiotie, nur in erheblich geringerer Ausprägung.

Verlauf, Ausgänge, Prognose. Auch die Imbecillität ist unheilbar. Die Erziehung vermag jedoch erheblich mehr zu leisten als bei dem Idioten; es ist dies wohl namentlich auf die Sprechfähigkeit und das Sprachverständniss zurückzuführen, welche dem Idioten fehlen, dem Imbecillen aber fast stets zukommen. Viele Imbecille lernen sogar ein Handwerk oder Feldarbeit mit leidlicher Geschicklichkeit treiben.

Aetiologie. Diese deckt sich mit derjenigen der Idiotie. Dieselben Ursachen sind in geringerem Grade und in geringerer Zahl wirksam.

Diagnose. Die Unterscheidung der Imbecillität von den leichteren Graden des Schwachsinns wird bei Darstellung der Debilität besprochen werden. Die Unterscheidung von der Idiotie findet in der Entwicklung der Sprache einen bequemen Anhaltepunkt. Sprachstörung bezw. Wortarmuth und Intelligenzdefect gehen im Allgemeinen parallel. Wo die Sprache gar nicht oder nur wenig entwickelt ist, wird man daher im Allgemeinen auf Idiotie zu diagnosticiren haben. Doch wird man angesichts der Thatsache, dass in seltenen Fällen auch bei starkem Sprachdefect der Schwachsinn minder erheblich sein kann und umgekehrt, vor Allem auch alle die Unterschiede des Intelligenzdefects selbst berücksichtigen müssen, welche sich aus der obigen Darstellung der Idiotie und der Imbecillität ergeben. Da diese Unterschiede quantitative sind, so liegt es auf der Hand, dass zwischen Idiotie und Imbecillität zahlreiche Zwischenstufen bestehen. Oft wird man einen Fall ebensogut als leichte Idiotie wie als schwere Imbecillität bezeichnen können. Die Bezeichnungen Idiotie und Imbecillität sind für eine grosse Zahl von Fällen sehr bequem, insofern sie unmittelbar einen Hinweis auf den Grad des Schwachsinns enthalten; scharf getrennte Krankheitsformen entsprechen ihnen jedoch nicht.

Therapie. Mehr noch als bei der Idiotie empfiehlt sich bei der Imbecillität, wofern der Arzt den Kranken in der Kindheit kennen lernt, ein Erziehungsversuch in einer Anstalt für Schwachsinnige. Ist es für einen solchen zu spät oder scheitert derselbe, so kann zuweilen ein Versuch mit Familienpflege gemacht werden. Doch bedarf es dabei grosser Vorsicht, da die Gemeingefährlichkeit des Imbecillen, entsprechend seiner grösseren Befähigung zu complicirteren Handlungen, meist grösser und die Ueberwachung meist schwieriger ist als diejenige des Idioten.

Pathologische Anatomie. Die Befunde decken sich im Wesentlichen mit den für die Idiotie beschriebenen; nur sind die Veränderungen im Centralnervensystem meist nicht so schwer und nicht so gehäuft wie bei der letzteren.

c. Debilität.

Die Debilität stellt den leichtesten Grad des angeborenen Schwachsinns dar.

Specielle Symptomatologie.

Constante Empfindungsstörungen fehlen.

Vorstellungen. Die concreten Begriffe sind bei dem Debilen in normaler Menge und Beschaffenheit vorhanden. Auch allgemeinere und zusammengesetztere concrete Begriffe kommen in grosser Zahl zur Entwicklung. Der Wissensschatz der meisten Debilen ist ziemlich gross. Die gewöhnlichen Fragen, welche der Arzt zur Feststellung des Wissensumfanges vorlegt (Geburtsjahr, Heimathsort, Landeszugehörigkeit, Regent des Heimathlandes, Gemeindebehörde, gegenseitiges Verhältniss der landesüblichen Münzen, Preis der gewöhnlichen Lebensmittel, einfache geschichtliche Daten u. s. w.) werden oft sämmtlich richtig beantwortet. Allerdings kommt bezüglich dieses Punktes sehr viel darauf an, ob ein sachverständiger Unterricht stattgefunden hat. In der Schule fällt meist die ungleichmässige Leistungsfähigkeit in den verschiedenen Fächern auf. Für ein einzelnes Fach ist bei dem Debilen mitunter geradezu eine ausserordentliche Begabung vorhanden (Rechenkünstler, Virtuosen). Abstracte Begriffe sind nur spärlich vorhanden; meist verfügt der Debile nur über die Worte und gebraucht dieselben in gewissen phrasenhaften Satzverbindungen, welche er von anderen gehört hat. Der Inhalt bleibt ihm fremd.

Ideenassociation. Das Wiedererkennen ist durchaus normal. Das sog. sinnliche Gedächtniss ist sogar oft enorm scharf. Unfähigkeit zu anhaltender Aufmerksamkeit oder Concentration auf einen Gegenstand fällt fast stets auf. Die Urtheilsassociationen sind normal, soweit sie sich an concrete Dinge anlehnen. Soweit abstracte Begriffe in Frage kommen, sind die Urtheile des Debilen meist kritiklose, unverstandene Plagiate von Anderen. Oft verbirgt sich die Fähigkeit zu eigenem Urtheil hinter einem fortwährenden Citiren. Einwänden gegenüber verharrt er mit grossem Eigensinn, aber wenig Gründen auf diesen entlehnten Urtheilen. Ueberall übersieht er die logische Pointe der Einwände, welche ihm entgegengehalten werden. Besser gelingen ihm Associationen, welche auf einer mechanischen Anwendung gewisser Regeln beruhen: so rechnen z. B. viele Debilen rasch und richtig.

Affecte. Sowohl die sensoriellen wie die intellectuellen Gefühlstöne erscheinen zunächst normal. Erst genaue Beobachtung lehrt, dass manche intellectuellen Gefühle völlig fehlen oder nur ganz rudimentär entwickelt sind. Es sind dies speciell die abstracten und altruistischen Gefühle. Die Kranken führen die Worte Recht, Ehre, Vaterlandsliebe u. s. w. im Munde, die Begriffe, d. h. die Partialvorstellungen, welche

sie mit diesen Worten verhinden, sind schon sehr dürftig, vollends die Gefühlstöne, welche diese Begriffe begleiten und ihnen Einfluss auf die Handlungen verschaffen sollten, fehlen ganz und gar. Die egoistischen Affecte sind fast ebenso mannigfaltig wie bei dem Gesunden und meist abnorm intensiv.

Handlnngen. Der Dehile ist sehr complicirter Ueberlegungen und daher anch sehr complicirter Handlungen fähig. Wenn schon der Imhecille zuweilen eine gewisse Schlauheit zeigt, so steigert sich diese hei dem Dehilen oft zu einer ausgesprochenen Raffinirtheit. Nicht selten ist er Meister in der Intrigne. Manche haben ein entschiedenes Talent zum Schauspieler. In ihrer Berufsthätigkeit lässt die Qnalität der einzelnen Leistung oft nichts zn wünschen übrig. Der Mangel ethischer Begriffe und Gefühle bezeichnet das Betragen des Dehilen schon in der frühesten Kindheit. Schon in früheren Lebensjahren fällt auf, dass die Kinder alle Kleider zerreissen, ihre Spielsachen zertrümmern, excessiv nnd schamlos onaniren, geradezu geflissentlich sich vernnreinigen (anch Kothschmieren und Koprophagie sind nicht selten), Thiere nnd Geschwister quälen, fluchen, schimpfen, lügen und stehlen. Gegen Liebkosnngen, Ermahnungen und Strafen sind sie gleich nnempfänglich. Zu Gespielen suchen sie sich meist jüngere Kinder aus. Im Spiel fällt ihre Hinterlistigkeit und Bosheit auf. Die sorgfältigste Erziehung wird dieser pathologischen Ungezogenheit nicht Herr. Mit der Pnbertät häufen sich die sexuellen Excesse. Häufig laufen sie ans der Schule oder aus dem Elternhause fort. Durch ahgelauschte, answendig gelernte Phrasen und äussere Routine verdecken sie ihrer Umgebung gegenüber den intellectuellen Defect oft vollständig. Die weitere Lehensentwicklung hängt nun sehr von der socialen Stellung ah. Der debile Sohn des Reichen ist niemals regelmässig hei der Arbeit, spielt den Eleganten, ergieht sich dem Spiel, macht Schulden und vergreift sich gelegentlich anch an der Kasse seines Principals. Der Sohn des Aermeren verfällt der Vagabondage. Meist gelangt er schon früh auf die Verhrecherlaufbahn, da schon früher eine gesetzliche Befriedigung seiner egoistischen Affecte in Folge seiner pecuniären und socialen Lage, welche ihm Borgen nnd Schuldenmachen nicht gestattet, unmöglich ist. Alkoholexcesse fehlen sehr selten.

Körperliche Symptome. Häufig fehlen solche durchaus. In anderen Fällen hegegnet man ganz denselhen Symptomen, wie wir sie bei der Idiotie und Imhecillität gefunden hahen, jedoch meist in viel geringerer Zahl und Ansprägung.

Verlanf, Ansgänge nnd Prognose. Anch die Debilität hleibt in der Mehrzahl der Fälle stationär. Nur in einer Minderzahl gelingt es einer langjährigen, früh eingreifenden ärztlich-pädagogischen Behandlnng, eine wesentliche Besserung und selhst eine Heilung zu erzielen.

So ist mir ein Individuum bekannt, welches unzweifelhaft an ausgesprochener Debilität litt und jetzt seit 12 Jahren von jeder Abnormität frei ist, einen gelehrten Beruf ausübt und auch altruistischer Gefühle fähig ist.

Varietäten. Die wichtigste Varietät der Debilität ist die „erblich-degenerative Modification". Unten wird ausdrücklich hervorzuheben sein, dass unter den Ursachen der Debilität erbliche Belastung und speciell auch schwere erbliche Belastung eine grosse Rolle spielt. In manchen Fällen lässt sich sogar ausser erblicher Belastung keine andere Ursache nachweisen. Es ist nun in der allgemeinen Aetiologie bereits hervorgehoben worden, dass schwere erbliche Belastung die gewöhnlichen Psychosen häufig, aber keineswegs stets in bestimmter Richtung modificirt. Dies trifft auch für die Debilität zu. Wo dieselbe auf dem Boden schwerer erblicher Belastung auftritt, findet man häufig, aber nicht stets eine bestimmte Modification der Debilität im Sinne der sog. erblichdegenerativen Modification, welche früher (S. 215 ff.) eingehend besprochen worden ist. Bei dieser Varietät der Debilität kommen also zu den oben geschilderten Symptomen der Debilität noch die S. 217 ff. erwähnten psychischen und somatischen Degenerationszeichen in grösserer Zahl.

Ausser dieser erblich-degenerativen Varietät der Debilität, welche ungemein häufig ist, giebt es noch einige andere weniger wichtige und auch weniger häufige Varietäten. So kann z. B. der chronische Alkoholismus, dem mancher Debile verfällt, das klinische Bild durch Hinzufügung der für ihn charakteristischen Symptome in erheblicher Weise modificiren. Solcher Complicationen giebt es noch sehr viele. Da es sich meist um einfache Superposition zweier Krankheitsbilder handelt, ist eine specielle Beschreibung nicht erforderlich.

Aetiologie. Die Ursachen der Debilität sind dieselben wie diejenigen der Idiotie und Imbecillität, nur sind sie im Einzelfalle nicht so gehäuft und nicht so intensiv vorhanden wie bei diesen schwereren Formen. Schwere oder leichte erbliche Belastung findet sich in 70 % aller Fälle. Nicht selten lassen sich mehrere ätiologische Schädlichkeiten nachweisen.

Diagnose. Ebensowenig wie zwischen Idiotie und Imbecillität eine scharfe Grenze vorhanden ist, lässt sich eine solche zwischen Imbecillität und Debilität ziehen. Die leichte Imbecillität deckt sich mit der schweren Debilität. Im Allgemeinen wird man bei der Frage, ob Imbecillität oder Debilität, vor Allem den Reichthum des Kranken an allgemeineren (aber nicht-abstracten) Begriffen, den Schatz an positivem Wissen und endlich die Fähigkeit zu complicirteren Urtheilsassociationen prüfen müssen. Bei dem Imbecillen findet sich in allen drei Richtungen ein erheblicher Defect: er hat wohl die Begriffe „Rose" und „Baum", aber der Begriff „Pflanze" fehlt ihm, die Geschichte ist ihm ein Buch mit 7 Siegeln,

Urtheilsassociationen, welche ein „weil" oder gar ein „obgleich" enthalten, sind ihm unverständlich. Der Debile zeigt in allen diesen Richtungen keinen oder nur einen unerheblichen Defect. Ausdrücklich ist jedoch hervorzuheben, dass man bei der Einreihung eines Schwachsinnigen in die Scala Idiotie, Imbecillität, Debilität sich niemals auf ein einzelnes oder einige wenige der oben genannten Symptome stützen darf. Gelegentlich finden sich die auffälligsten Combinationen schwerer Defecte mit fast glänzenden Talenten oder Fertigkeiten. Die Diagnose kann daher nur auf Grund des Gesammtbildes des intellectuellen und affectiven Lebens gestellt werden. Dabei wird man selbstverständlich seine Anforderungen an den intellectuellen und ethischen Besitzstand nach der socialen Stellung und Umgebung des Kranken bemessen müssen.

Auch zwischen der Debilität und dem Vollsinn bezw. einer im Bereich des Normalen bleibenden intellectuellen Beschränktheit finden sich fliessende Uebergänge. Der Reichthum an abstracten Begriffen, namentlich ethischen Begriffen und entsprechenden ethischen Gefühlen ist für die Unterscheidung in erster Linie maassgebend. Sehr schwer wird die Diagnose besonders in denjenigen Fällen, wo die Erziehung sowohl in intellectueller wie in ethischer Beziehung mangelhaft gewesen ist. Es erhebt sich dann die schwierige Frage, ob der intellectuelle und ethische Defect krankhaft ist und mithin Debilität vorliegt, oder ob der Defect ausschliesslich auf die mangelhafte Erziehung zurückzuführen ist. Im Allgemeinen soll man die Diagnose nur dann auf Debilität stellen, wenn sich nachweisen lässt, dass trotz zweckmässiger Erziehungsversuche eine intellectuelle und ethische Entwicklung bis zur Durchschnittshöhe nicht stattgefunden hat, wenn somit feststeht, dass vermöge einer krankhaften Hirnorganisation das Individuum nicht fähig ist, intellectuelle und ethische Begriffe zu erwerben. Man wird daher auch bei Individuen, deren Erziehung verwahrlost worden ist, sich durch eigene Versuche stets erst überzeugen müssen, dass die bez. Person diese Fähigkeit nicht besitzt, dass sie somit auch bei besserer Erziehung nicht oder nur wenig anders sich entwickelt hätte, als sie sich thatsächlich entwickelt hat. Die vom Gesetz in Fällen zweifelhafter Zurechnungsfähigkeit vorgeschriebene sechswöchentliche Anstaltsbeobachtung giebt ausreichend Zeit, festzustellen, wie viel auf mangelhafte Erziehung und wie viel auf krankhafte Hirnorganisation (speciell also angeborenen Schwachsinn) zurückzuführen ist.

Die grössten Schwierigkeiten ergeben sich für die psychiatrische Beurtheilung in denjenigen Fällen, in welchen die abstracten und ethischen Begriffe als solche leidlich entwickelt sind und nur die ethischen Gefühlstöne fehlen. Frägt man solche Individuen: Wie nennt man denjenigen, der Gutes mit Bösem vergilt?, so antworten sie sofort: „un-

dankbar" und manche gehen auch umgekehrt auf die Frage: was ist Undankbarkeit? sofort eine befriedigende Erklärung des Begriffes. Aber der Gefühlston dieses Begriffes fehlt ihnen vollständig. In der entsprechenden Situation bleibt bei ihnen das Dankgefühl ganz aus. Ebenso verhält es sich mit den übrigen ethischen Begriffen. Sie stehlen, obwohl sie Mein und Dein unterscheiden, weil der Gefühlston des Eigenthumsbegriffs, die Scheu vor fremdem Gut, ihnen fehlt. Wie soll man nun diese pathologischen ethischen Defecte, welche sich mit der leichtesten Form der Debilität verbinden, von denjenigen ethischen Defecten unterscheiden, welche schlechte Erziehung, schlechte Gesellschaft und die Zufälligkeit äusserer Umstände*) bei zahllosen normalen Individuen, den sog. Verbrechern hervorbringen? Man hat neuerdings öfter behauptet, dass Verbrechen auch eine Krankheit sei, also nicht gelten lassen, dass die zweitgenannte Kategorie normal sei. Man kann zu Gunsten dieser Behauptung anführen, dass bei den Verbrechern die sog. körperlichen Degenerationszeichen etwas häufiger gefunden werden und dass erbliche Belastung etwas häufiger nachzuweisen ist als bei den nicht-verbrecherischen Geistesgesunden. Diese Argumente sind nicht stichhaltig, wenn sie beweisen sollen**), dass der Verbrecher geisteskrank ist. Körperliche Degenerationszeichen und erbliche Belastung kommen auch vor, ohne dass irgend ein psychisches Krankheitssymptom vorhanden ist. Der ethische Defect, lediglich für sich betrachtet, kann noch nicht ohne Weiteres als pathologisch bezeichnet werden. Auch hier bedarf es behufs Feststellung seiner pathologischen Natur des Nachweises, dass auch bei besserer Erziehung, besserem Umgang und in anderen äusseren Umständen ethische Gefühle sich nicht in normaler Weise entwickelt hätten. Wo dieser Nachweis nicht zu erbringen ist, mag man wohl von anderem Standpunkte aus den Verbrecher mit seiner verwahrlosten Erziehung, Verführung durch böses Beispiel und andere Umstände, erblicher Belastung und körperlichen Degenerationszeichen entschuldigen: die Psychiatrie im engeren Sinne wird sich nicht einmischen, sie ist nicht in der Lage, ihr Votum für Geisteskrankheit auszusprechen, solange die erbliche Belastung nicht auch ausgesprochene psychische Krankheitssymptome (psychische Degenerationszeichen) hervorgebracht hat und nicht nachgewiesen ist, dass der ethische Defect auf der Hirnorganisation selbst beruht. Die Unterscheidung der leichten Debilität mit vorzugsweisem Defect auf dem Gebiet der ethischen Gefühlstöne***)

*) Hierher gehören die Gelegenheitsverbrecher, welche schliesslich zu Gewohnheitsverbrechern werden.

**) Dass sie die sog. Verantwortlichkeit des Verbrechers in ein neues Licht rücken, gehört nicht hierher.

***) Nicht sehr zweckmässig ist diese Form auch als Moral insanity bezeichnet worden.

von dem ethischen Defect des Geistesgesunden hat daher namentlich Folgendes ins Ange zu fassen:

1. Nachweis eines Defectes nicht nur der ethischen Gefühlstöne, sondern auch der ethischen Begriffe selbst; allerdings ist der letztere Defect, also der Intelligenzdefect s. str. bei den leichtesten Formen der Debilität sehr gering.

2. Nachweis, dass ethische Begriffe nnd Gefühlstöne von dem bez. Individnum vermöge seiner Gehirnorganisation nicht gebildet werden konnten, resp. können, dass z. B. schon in früher Kindheit ganz unabhängig von Verwahrlosnng, Verführung nnd hesonderen Umständen anfällige moralische Defecthandlungen vorgekommen sind.

3. Nachweis psychischer Degenerationszeichen.

4. Nachweis ätiologischer Krankheitsmomente (erbliche Belastnng, Rachitis, Heerderkrankungen des Gehirns n. dgl.)

5. Nachweis körperlicher Degenerationszeichen (Schädelverhildung, einzelne epileptische Anfälle n. s. w.)

Der Nachweis unter 1 nnd 2 ist nnerlässlich zur Diagnose einer Dehilität, der Nachweis unter 3—5 wird in manchen — allerdings seltenen — Fällen nicht zu erbringen sein.

Der Nachweis unter 2 ist selbstverständlich oft nicht leicht zu erbringen. Es hedarf dazu einer sehr genauen Beobachtnng. Man soll daher auch über solche Fälle nie ein Attest auf Grund einer ein- oder zweimaligen Beohachtung ansstellen. Schliesslich ist stets im Ange zu behalten, dass Misch- und Uehergangsfälle auch zwischen Debilität nnd sittlicher Verwahrlosung vorkommen.

Eine hesondere Complication erfährt die Diagnostik der Debilität und z. Th. auch der Imhecillität dadurch, dass hei Schwachsinnigen nicht selten anderweitige Psychosen vorühergehend vorkommen. Es ist dann also ein melancholischer oder maniakalischer oder paranoischer Zustand dem Schwachsinn snpraponirt. Der Intelligenzdefect verleiht diesen überlagerten Psychosen hezw. Zuständen eine eigenartige Färhnng. Die melancholischen hezw. hypochondrischen Wahnvorstellungen sind auffällig unhestimmt und inhaltsarm, die Angst auffällig weinerlich. Die maniakalische Heiterkeit hat etwas Alhernes, die Ideenflncht ist äusserst monoton. Witzige Pointen fehlen ganz. Bei den paranoischen Znständen zeigt sich der Phantasiemangel des Schwachsinnigen in der Monotonie und Unhestimmtheit der Hallncinationen. Die Wahnvorstellungen werden nicht in ausgiehige logische Verhindnng gehracht. Besonders häufig entwickelt sich die sog. originäre Paranoia auf dem Boden der Dehilität. In der Systembildung dieser dehilen originären Paranoiker verräth sich die Associationsschwäche sofort. Anch Zwangsvorstellnngen kommen bei Dehilität zuweilen vor. In allen diesen Fällen wird die Dehilität hezw.

Imhecillität leicht übersehen, es ist daher dringend anzurathen, dass der Arzt bei jeder Psychose wenigstens eine kurze Frage nach der intellectuellen Befähigung vor Ausbruch der Psychose (Schulleistungen, Alter des Sprechenlernens) thut, um eine solche Complication mit angeborenem Schwachsinn nicht zu übersehen.

Die Simulation der Debilität bezw. Imbecillität verräth sich meist durch allerhand Uebertreibungen. Die Kranken behaupten einfache Gegenstände (Münzen u. s. w.) nicht zu kennen, während sie bei Gelegenheit im Spontansprechen sogar allerhand Worte für abstracte Begriffe gebrauchen und auch verstehen. Das Genauere über die Entlarvung solcher Simulanten gehört in die gerichtliche Psychopathologie.

Therapie. Früh beginnende, langjährige Erziehung und Behandlung in einem medicinischen Pädagogium bietet die einzige Chance auf Besserung und eventuelle Genesung. Die häusliche Erziehung und der jede Individualisirung völlig ausschliessende Unterricht in fast allen öffentlichen Schulen hindern geradezu jede Besserung. Leider giebt es bis jetzt lediglich private medicinische Pädagogien, welche nur dem Reichen zugänglich sind. Die Armen sind daher darauf angewiesen, ihre debilen Kinder entweder der Idiotenanstalt oder dem Correctionshaus zuzuschicken. Beide sind wenig geeignet. In der ersteren fehlen Abtheilungen für Schwachsinnige leichteren und leichtesten Grades. Das Zusammensein mit Imbecillen und Idioten wirkt geradezu schädlich. Im Correctionshaus fehlt die ärztliche Leitung, ausserdem schädigt die kranken Kinder hier der Verkehr mit gesunden, moralisch verkommenen Altersgenossen.

Die specielle Behandlung der Debilität in dem medicinischen Pädagogium muss sich mindestens über 3—4 Jahre erstrecken. Ihre Einzelheiten entziehen sich einer Besprechung an dieser Stelle.

B. Erworbene Defectpsychosen.

a. Dementia paralytica.

Die Dementia paralytica ist eine chronische organische Psychose des mittleren Lebensalters, deren Hauptsymptome ein progressiver Intelligenzdefect und fortschreitende corticale motorische Lähmungen sind. Durch die Complication mit Erkrankungen anderer Theile des Centralnervensystems, namentlich des Rückenmarks wird das klinische Bild in der mannigfachsten Weise modificirt. Ferner treten im Verlauf der Dementia paralytica sehr häufig nacheinander neben dem zunehmenden Intelligenzdefect die verschiedensten psychopathischen Zustände, neurasthenische, melancholische, maniakalische, paranoische etc. auf. Man

spricht daher von einem neurasthenischen Stadium, einem Exaltations- und Depressionsstadium und einem hallucinatorischen Stadium. Die Krankheit endet stets nach einigen Jahren tödtlich. Das Schlussbild pflegt das eines allgemeinen hochgradigen Schwachsinns zu sein.

Specielle Symptomatologie.

Vorstellungen. Der Schatz an concreten und abstracten, speciellen und allgemeinen Vorstellungen nimmt bei der Krankheit fortgesetzt ab. Es gelten für diese zunehmende Gedächtnissschwäche alle diejenigen Regeln, welche in der allgemeinen Symptomatologie (S. 54 und 55) angegeben wurden. Die complicirtesten Begriffe und die jüngst erworbenen Erinnerungsbilder gehen zuerst verloren. So kommt es, dass dem Paralytiker schon sehr früh die abstracten Begriffe verloren gehen, denn diese sind stets zugleich besonders complex. Ebenso leidet das Gedächtniss für die Jüngstvergangenheit schon früh. Daher weiss schon im ersten Stadium der Krankheit der Paralytiker oft nicht das Datum anzugeben. Ueber seine gestrigen und vorgestrigen Erlebnisse weiss er nur lückenhaft zu berichten, während seine Jugenderinnerungen zunächst noch intact sind. Damit hängt auch häufig das mangelhafte Kopfrechnen des beginnenden Paralytikers zusammen. Soll er 7×18 rechnen, so beginnt er richtig „7×10 ist 70" und „7×8 ist 56"; wenn er nun aber addiren will, so hat er das erste Theilproduct schon wieder vergessen oder er verwechselt es und kommt so zu keinem oder zu falschem Resultat.

In den späteren Stadien der Krankheit gehen mehr und mehr auch die einzelnen concreten Erinnerungsbilder und schliesslich auch die bereits in der Jugend erworbenen verloren. Im Beginn der Krankheit vergisst der Paralytiker den Besuch, den er vor einigen Tagen von seinen Verwandten erhalten hat, also ein complicirtes Erinnerungsbild mit vielen räumlichen und zeitlichen Associationen. Am Schluss der Krankheit erkennt er seine Verwandten überhaupt nicht mehr: auch die einzelnen concreten Erinnerungsbilder sind ihm verloren gegangen. In den meisten Fällen ist dieser Verlust der Erinnerungsbilder ganz gleichmässig über die ganze Hirnrinde verbreitet. Mitunter tritt der Ausfall einer bestimmten Gruppe von Erinnerungsbildern besonders früh und intensiv auf. So kann z. B. der Verlust der optischen Erinnerungsbilder (für eine oder auch für beide Gesichtsfeldhälften), also Seelenblindheit, lange Zeit über die anderweitigen Verluste sensorischer und sensibler Erinnerungsbilder überwiegen. Ebenso ist der Verlust der Wortklangbilder zuweilen anfangs das hervorstechendste Symptom der allgemeinen Gedächtnissschwäche (sensorische Paraphasie). In den Endstadien der Krankheit ist die Gedächtnissschwäche oft so hochgradig, dass der Kranke nichts mehr wieder erkennt. Er erkennt seine Frau

nicht, findet sein Bett und seine Kleider nicht, verwechselt Gabel und Löffel, Hose und Rock u. s. f.

I d e e n a s s o c i a t i o n. Parallel mit dieser Gedächtnissschwäche geht eine zunehmende Urtheilsschwäche. Beide zusammen machen das eine Cardinalsymptom der Dementia paralytica, den Intelligenzdefect aus. Die Urtheilsschwäche äussert sich zuerst in den complicirtesten Urtheilsassociationen. Das, was man Kritik zu nennen pflegt, geht dem Kranken mehr und mehr ab. Kritiklos ist er zunächst gegenüber seiner Krankheit. Er übersieht die Tragweite seiner zunehmenden Gedächtnissschwäche und Leistungsfähigkeit vollständig. Ebenso kritiklos ist er in der Beurtheilung seiner geschäftlichen Situation, seiner socialen Stellung, seiner beruflichen Unternehmungen. Er vermag complicirteren Umständen nicht mehr gerecht zu werden. Wenn er auch die einzelnen Thatsachen richtig auffasst, so ist er doch der complicirten associativen Verarbeitung a l l e r Thatsachen zu einer Urtheilsassociation nicht gewachsen. Allenthalben entgehen ihm einzelne wichtige Factoren (vgl. S. 132 und 133). Später steigert sich diese Kritiklosigkeit zu einer vollständigen Urtheilslosigkeit. Die einfachsten Associationen versagen. 7×8 wird nicht mehr gerechnet. Der Kranke weiss von den einfachsten Gegenständen Form und Farbe nicht mehr anzugeben.

Gegenüber diesen schweren Störungen des Gedächtnisses und der Urtheilskraft treten die anderweitigen Störungen der Ideenassociation mehr zurück.

Was zunächst die G e s c h w i n d i g k e i t der Ideenassociation anlangt, so ist dieselbe im Ganzen verringert. Es ist diese zunehmende Langsamkeit im Denken im Allgemeinen nicht als primäre Denkhemmung aufzufassen, sondern sie beruht auf der Einbusse von Erinnerungsbildern und associativen Verknüpfungen. Der Kranke wird daher in seinem Denken äusserst umständlich. Er braucht zu einer geistigen Arbeit, welche ihn früher kaum 1 Stunde kostete, jetzt einen ganzen Tag. Diese direct mit dem Intelligenzdefect zusammenhängende Denklangsamkeit wird in einem gewissen Stadium der Dementia paralytica, in dem an Manie erinnernden sog. E x a l t a t i o n s s t a d i u m, durch eine primäre Ideenflucht, welche einer primären heiteren Verstimmung parallel geht, verdrängt. Während dieser ideenflüchtigen Phase der Krankheit ist der Intelligenzdefect lediglich an dem schwachsinnigen Inhalt der ideenflüchtigen Associationen zu erkennen, die Denklangsamkeit ist völlig verschwunden. Andererseits tritt in dem an Melancholie erinnernden sog. Depressionsstadium zu der durch den Schwachsinn bedingten Denklangsamkeit noch eine primäre Denkhemmung hinzu, welche einer primären Depression und Angst parallel geht. Der Kranke beantwortet die Frage, wieviel ist 7×8, erst nach einigen Minuten. Lässt später die

Angst und die Depression nach und schwindet damit zugleich die Denkhemmung, so rechnet der Kranke 7×8 rascher richtig aus, wofern nicht sein Schwachsinn inzwischen soweit vorgeschritten ist, dass die ganze Association ihm verloren gegangen oder unsicher geworden ist.

Der Zusammenhang der Ideenassociation leidet in Folge des Schwachsinns gleichfalls erheblich. Nicht selten kommt es zu ausgeprägter secundärer, durch den Verlust an Erinnerungsbildern und associativen Verknüpfungen bedingter Verwirrtheit des Denkens. Auch hallucinatorische und primäre Incohärenz kommt zuweilen intercurrent in bestimmten Krankheitsphasen vor.

Mit dem Intelligenzdefect und diesen formalen Störungen hängt auch die Unorientirtheit vieler Paralytiker zusammen. Meist beruht sie auf dem Intelligenzdefect. Der Kranke hat Datum, Aufenthaltsort, die Namen seiner Umgebung und seine eigenen Personalien vergessen. Seltener ist primäre Denkhemmung oder primäre oder hallucinatorische Incohärenz die Ursache der Unorientirtheit.

Wahnvorstellungen sind auf der Höhe der Paralyse ungemein häufig. Im Exaltationsstadium sind es vorzugsweise Grössenideen, im Depressionsstadium Verarmungsvorstellungen und namentlich hypochondrische Wahnvorstellungen, im hallucinatorischen Stadium Verfolgungs- und Grössenideen. Allen paralytischen Wahnvorstellungen ist der schwachsinnige Inhalt gemeinsam: Der Kranke hat „Milliarden Elephanten“ erlegt, verschenkt zahllose Villen und Titel, er selbst ist Kaiser, Rothschild, Gott und Obergott in einer Person oder andererseits ist er auf Millimetergrösse zusammengeschrumpft, Herz, Lungė und Leber sind fort, Mund und After sind zugewachsen. Am wenigsten markant pflegt der schwachsinnige Charakter der Verarmungs- und Verfolgungsideen hervorzutreten, doch überwiegt auch hier das Maasslose und Ungeheuerliche: „was er einathmet, ist lauter Eserin und Strychnin und Nicotin, täglich wird ihm Syphilitis eingepustet, die Milch ist lauter Quecksilber und Quadrillionenmal hat der Arzt seine zahllosen Söhne todtgeschossen“. Entsprechend dem Intelligenzdefect des Kranken und dem zusammenhangslosen Charakter der Wahnvorstellungen kommt es fast niemals zur Bildung von Wahnsystemen. — Die Grössenideen des Exaltationsstadiums sind affectiven Ursprungs, ebenso auch die Verarmungs-, Krankheits- und die selteneren Versündigungsvorstellungen des Depressionsstadiums. Die Verfolgungsideen und Grössenideen des hallucinatorischen Stadiums beruhen grösstentheils auf Hallucinationen, sehr viel seltener tauchen sie primär auf. Sehr selten kommt es auch zu complementären Wahnvorstellungen. Sehr häufig sind wahnhafte Erinnerungstäuschungen (ungeheure Jagden, enorme Reisen, selbst auf andere Weltkörper, grosse Kriegsthaten, unglaubliche sexuelle Abenteuer).

Empfindnngsstörnngen sind, wofern Complicationen mit infracorticalen, spinalen oder peripherischen Erkrankungen des Nervensystems fehlen (s. u.), sehr selten. Insbesondere bleibt die Berührungsempfindlichkeit — im Gegensatz zn der Schmerzempfindlichkeit (s. n.) — meist his in die spätesten Stadien der Krankheit, solange die Intelligenz des Kranken überhaupt eine Prüfung erlaubt, intact. Anch der Localisationsfehler für Hautempfindnngen ist meist nur wenig vergrössert.

Hallncinationen und Illusionen sind sehr häufig. Sie heschränken sich keineswegs auf das mehrfach erwähnte hallncinatorische Stadinm, sondern können im ganzen Verlauf der Krankheit auftreten. Nur im Schlnssstadium pflegen sie, entsprechend der hochgradigen Rednction aller corticalen Leistungen, wegzubleiben.*) Meist stehen sie inhaltlich in enger Beziehung zu den jeweiligen Wahnvorstellungen: bald gehen sie hegleitend, gewissermaassen illustrirend neben denselhen her (so oft im Exaltations- nnd Depressionsstadium), bald geben sie selbst erst zu entsprechenden Wahnvorstellnngen Anlass. Am häufigsten sind Akoasmen: Fürstliche Persönlichkeiten flüstern dem Kranken allerhand zu, dazu kommen häufig Droh- nnd Schimpfworte. Nicht selten heziehen sich letztere auf die früher üherstandene Syphilis. Bei den hypochondrischen Wahnvorstellnngen spielen jedenfalls oft auch Hallncinationen und Illusionen auf dem Gebiete der Organempfindnngen eine hedeutsame Rolle.

Affectstörnngen. Unter den sensoriellen Gefühlstönen leidet der Gefühlston des Schmerzes bei intensiven Hautreizen schon sehr früh. Hypalgesie und oft anch Analgesie ist eines der frühesten Krankheitssymptome bei sehr vielen Paralytikern. Lachend lassen sie sich die Nadel his zum Knopf in die Waden einstossen. Die sexuellen Gefühlstöne sind oft nnd zwar häufig schon im Beginn der Krankheit gesteigert, dem entspricht die pathologische sexuelle Begehrlichkeit vieler Paralytiker; später erlöschen sie oft.

Unter den intellectuellen Gefühlstönen leiden diejenigen der ethischen und ästhetischen Interessen zuerst (vergl. allgemeine Pathologie S. 70). Das Pflichtgefühl erlischt: der Kranke vernachlässigt Geschäft und Familie; stellt man ihn zur Rede, so beweist er durch sein albernes Lachen, dass ihm Gefühl nnd Verständniss für seine Pflichten ganz abhanden gekommen sind. Der Charakter sinkt Stufe um Stufe tiefer. Schliesslich geht dem Kranken jedes Schamgefühl verloren: er reisst Zoten, urinirt vor Damen, masturhirt schamlos, vernachlässigt seine Toilette und verliert schliesslich auch jeden Sinn für Reinlichkeit.

*) Auch die Production von Wahnideen hört aus demselben Grunde im Schlussstadium meist auf. Der Kranke plappert höchstens noch mechanisch seine Wahnideen her.

Zu dieser Einbusse der intellectuellen Gefühlstöne, welche dem Intelligenzdefect parallel geht und schliesslich mit völliger allgemeiner Apathie endet, treten im Verlauf der Krankheit die verschiedensten primären Affectstörungen. Im Prodromalstadium überwiegt meist eine krankhafte Reizbarkeit: der Kranke ärgert sich über Kleinigkeiten unverhältnissmässig lange und intensiv. Später überwiegt meist längere Zeit eine mit Ideenflucht verknüpfte primäre Exaltation (= Exaltationsstadium) und nach dieser gleichfalls längere Zeit eine mit Ideenflucht verknüpfte primäre Depression und Angst (= Depressionsstadium). Die Angstaffecte sind sehr oft präcordial, in anderen Fällen wird die Angst in den Kopf lokalisirt; an Heftigkeit geben sie denjenigen der schwersten Melancholie oft nichts nach. Im Schlussstadium verschwinden alle Affectstörungen völlig; nur eine mit dem körperlichen und geistigen Verfall des Kranken auffällig contrastirende heitere Zufriedenheit, die sog. Euphorie, bleibt oft bis zum Tode bestehen.

Die primären Affectstörungen des Paralytikers sind meist durch ihre Oberflächlichkeit und Labilität ausgezeichnet (vergl. S. 71, 72). Ein Scherzwort führt den Kranken im Augenblick vom Lachen zum Weinen und vom Weinen zum Lachen hinüber. Auch ist der Stimmungsansschlag meist unverhältnissmässig gross. Schon und gerade im Beginn der Krankheit fällt oft auf, dass eine traurige Erzählung den Kranken, der sonst gar nicht weichmüthig war, gleich bis zu Thränen rührt; ebenso überschwänglich ist er oft in seiner Begeisterung.

Handlungen. Ihre Besprechung wird in die Darstellung des Krankheitsverlaufs eingeflochten werden.

Körperliche Symptome. Diese sind für die Diagnose oft von entscheidender Bedeutung und sollen daher eingehend an der Hand des S. 201 gegebenen Schemas besprochen werden.

Zunächst leidet die Ernährung bei der Dementia paralytica sehr erheblich. Namentlich im Exaltations- und Depressionsstadium sinkt das Körpergewicht ganz rapid, so z. B. in einem Fall in einer Woche um mehr als 10 Kilo*). Im Schlussstadium findet man oft wieder eine auffällige Zunahme des Fettpolsters.

Die Haut ist oft auffällig unelastisch.

Das vasomotorische Nachröthen ist in den Erregungsphasen gesteigert.

Die centrale Körpertemperatur ist in vielen Fällen durchaus normal. Oefter ergeben tägliche Messungen, dass in unregelmässigen Abständen leichte Fieberbewegungen auftreten, für welche weder eine Magenver-

*) Die Nahrungsaufnahme war höchstens auf die Hälfte reducirt.

stimmung noch ein Bronchialkatarrh noch eine Obstipation oder eine Urinretention eine ausreichende Erklärung liefert. Wahrscheinlich sind diese Temperatursteigerungen auf den centralen Krankheitsprocess selbst zu beziehen. Hohe Fieberbewegungen (bis über 41°) treten in den sog. paralytischen Anfällen auf, welche unten ausführlicher besprochen werden. Endlich beobachtet man bei der Dementia paralytica zuweilen auch episodische Zustände, welche ganz dem Delirium acutum der functionellen Psychosen entsprechen, also namentlich hochgradige Unorientirtheit, Dissociation des Vorstellungsablaufs und incohärente motorische Agitation aufweisen: in diesen sind — ebenso wie bei den functionellen Psychosen — Temperaturen über 39° häufig.

Erhebliche Temperaturerniedrigungen, bis unter 30°, oft progressiven Characters kommen selten und fast nur im Endstadium der Krankheit vor.

Die Herzthätigkeit ist öfters leicht unregelmässig, bald verlangsamt, bald beschleunigt. Zum Theil sind diese Störungen jedenfalls auf die coexistirende Atheromatose der Arterien, insbesondere der Kranzgefässe des Herzens zurückzuführen. Zuweilen lässt sich p. m. auch eine Degeneration der Vagusbahn oder des Vaguskerns nachweisen.

Die Pulswelle ist in den verschiedenen Stadien sehr verschieden. Im Depressionsstadium entspricht sie oft einem ausgesprochenen arteriellen Gefässkrampf. In den Endstadien findet man oft tarden Puls. Meist bestehen dann auch verbreitete Oedeme.

Vergrösserungen der Leberdämpfung (foie paralytique) kommen zuweilen vor (mitunter mit Urobilinurie). Bei weiblichen Individuen kommt es oft zu Amenorrhoe, resp. verfrühter Menopause. Die Salzsäuresecretion des Magens nimmt oft progressiv ab; in den Endstadien enthält der ausgeheberte Mageninhalt oft gar keine Salzsäure mehr (weder freie noch gebundene). Erbrechen ist häufig. Die Darmthätigkeit ist oft gelähmt. Namentlich im Depressionsstadium und im Schlussstadium sind schwere Obstipationen nicht selten. Andererseits kommen schwere Diarrhoen vor; ob letztere auf Innervationsstörung beruhen oder eine Folge des hastigen Hinunterschlingens unverdaulicher Stoffe sind, lässt sich oft nicht entscheiden. Die Speichelsecretion ist oft gesteigert.

Der Urin der Paralytiker ist selten dauernd normal. Ganz abgesehen von der nicht seltenen Complication mit Nephritis und von der finalen Cystitis findet man häufig eine intermittirende Albuminurie mit oder ohne hyaline Cylinder. Andere geformte Elemente fehlen in diesen Fällen. Auch Propeptonurie ist nicht selten. Das Auftreten dieser Störungen fällt meist mit hallucinatorischen Erregungszuständen zusammen. Unabhängig von letzteren kommt Glycosurie und Acetonurie vor, bald jahrelang dauernd, bald intermittirend. Auch Polyurie ohne Glycosurie ist zuweilen beobachtet worden (auch als Frühsymptom!).

Unter den **trophischen Störungen** spielt der Decubitus die Hauptrolle. In manchen Fällen beruht derselbe ausschliesslich auf der Unreinlichkeit der Kranken und auf ihrer durch die Lähmungen bedingten regungslosen Rückenlage. Oft kommt als auxiliäres Moment die Trägheit der peripherischen Circulation hinzu. Endlich mag in einer kleineren Reihe von Fällen, namentlich solchen, wo ein ausgebreiteter Decubitus innerhalb 24 Stunden sich entwickelt, eine trophoneurotische Störung vorliegen.

Zu den trophischen Störungen ist vielleicht auch das rasche Ergrauen des Haupthaares zu rechnen. Endlich ist in manchen Fällen eine auffällige Brüchigkeit der Knochen und Knorpel beobachtet worden. Frakturen sind bei Paralytikern ungemein häufig, und nicht stets lässt sich im Einzelfall die Fraktur in genügender Weise aus roher Behandlung seitens der Umgebung oder aus der motorischen Schwäche und Ungeschicklichkeit des Kranken erklären. Besonders häufig sind auch Zerreissungen und Blutergüsse im Ohrknorpel. Traumatische Insulte geben den Anlass, es lässt sich jedoch feststellen, dass das Trauma oft unverhältnissmässig gering ist: man wird daber zu der Annahme gedrängt, dass eine pathologische Brüchigkeit des Knorpels selbst und der Wandungen der Gefässe bei dem Zustandekommen dieser sog. Othaematome sowie der anologen Rhinhaematome betheiligt ist.

Die **Pupillen** geben oft den wichtigsten Anhalt für die Diagnose auf Dementia paralytica. Zunächst sind sie sehr häufig ungleich. Hierauf ist jedoch wenig Gewicht zu legen, da solche Ungleichheiten auch bei functionellen Psychosen vorkommen. Bald sind sie abnorm weit, bald abnorm eng. Die Mydriasis ist bald durch Sympathicusreizung, bald durch Oculomotoriuslähmung, die Miosis bald durch Sympathicuslähmung, bald durch Oculomotoriusreizung bedingt. Viel bedeutsamer sind Verziehungen der Pupille, namentlich wenn sie nur einen Quadranten betreffen. Am wichtigsten ist die Prüfung der **Pupillarreactionen**. Bei mehr als 60 % aller Paralytiker stellt sich im Verlauf des Leidens reflectorische Pupillenstarre ein. In anderen Fällen kommt es nur zu Trägheit der Lichtreaction, in seltenen Fällen ist die directe Lichtreaction erhalten und nur die synergische aufgehoben oder träge. Nur in etwa 20 % aller Fälle bleiben die Lichtreactionen während des ganzen Krankheitsverlaufs völlig normal. Viel seltener als Störungen der Lichtreaction sind Störungen der Convergenzreaction. Wo letztere vorkommen, sind sie oft mit Accommodationslähmung verknüpft.

Auch die **Augenbewegungen** sind sehr häufig gestört. Zunächst hört man in der Anamnese oft von Doppelsehen. Bei genauer Untersuchung kann man in mindestens der Hälfte aller Fälle leichte Defecte der Beweglichkeit eines oder beider Bulbi in dieser oder jener Richtung feststellen. Oft verräth sich ein solcher Defect nur durch eine Ungleichheit

der sog. secundären Innendeviation auf beiden Augen. Zuweilen findet man eine ausgesprochene Lähmung eines Abducens oder eines Oculomotorius oder auch nur eines Astes des letzteren (so z. B. des Levatorzweiges). Etwas seltener ist ein an multiple Sclerose erinnernder Nystagmus.

Der Stirn- und Augenfacialis ist häufig paretisch. Begreiflicherweise ist die Parese meist nur auffällig, wenn sie einseitig ist. Oft verräth sich die einseitige Parese schon durch eine abnorme Weite des einen Augenspalts (Parese des Orbicularis oculi) und ein Herabhängen des unteren Lids. Dabei ist jedoch zu beachten, dass auch eine asymmetrische Innervation des Sympathicus gerade bei der Dementia paralytica eine Ungleichheit der Augenspalten bedingen kann. Man findet in diesem Falle auf der Seite des weiteren Augenspalts auch Mydriasis und Protrusio bulbi (also anderweitige auf Sympathicusreizung deutende Symptome).

Wichtiger sind die Innervationsstörungen des Mundfacialis. Zuweilen sind alle Innervationen des Mundfacialis auf einer Seite paretisch: bei dem Mundspitzen, dem Zähnefletschen, dem Vorstrecken der Zunge, dem Lachen, dem Sprechen bleibt die eine Mundhälfte zurück und auch in Ruhe ist auf der einen Seite die Nasolabialfalte seichter*) und der Mundwinkel herabhängend. Noch häufiger sind lediglich einzelne Innervationen halbseitig geschädigt. So ist z. B. die Parese sehr häufig auf die sprachlichen Innervationen des Mundfacialis beschränkt. Am häufigsten bleibt die Mundspitzen symmetrisch. Zuweilen verräth sich die Parese auch nur darin, dass die Innervation rasch ermüdet oder von Anfang an zitternd erfolgt. In letzterem Fall kommt es zu dem sog. Flattern der Gesichtszüge. Endlich fällt in einer grösseren Reihe von Fällen auf, dass die Innervation des rechten und des linken Mundfacialis nicht synchron vollzogen wird. Bald wird z. B. beim Sprechen der eine, bald der andere Mundwinkel früher innervirt, bald dieser bald jener stärker contrahirt. Oft, aber nicht stets, ist die Parese des Augenfacialis und des Mundfacialis auf derselben Seite gelegen. Abnorme Mitbewegungen im Bereich der Gesichtsmuskeln begleiten oft die Innervationen paretischer Muskeln.

Asymmetrische Gaumenhebung ist gleichfalls häufig. Oft bedingt eine beiderseitige Gaumenparese eine eigenthümliche näselnde Aussprache.

Zungenabweichungen sind sehr häufig. Oft entspricht die Seite der Abweichung der Seite der Mundfacialisparese; dann ist also der Hypoglossus auf derselben Seite betroffen wie der Mundfacialis. Oft verräth sich die Innervationsschwäche auch darin, dass die Zunge bei dem Vorstrecken fortgesetzt in sagittaler Richtung vor- und zurückschnellt.

*) Auf Fig. 6 der physiognomischen Tafeln ist ein Paralytiker im Exaltationsstadium dargestellt; die linke Nasolabialfalte ist völlig verstrichen.

Die grobe motorische Kraft der Extremitäten ist fast stets herabgesetzt. Bei dynamometrischer Messung ergeben sich oft schon im ersten Stadium der Krankheit Werthe, welche mit der Muskelentwicklung ganz auffällig contrastiren und kaum $^1/_3$ der Norm betragen. Sehr häufig überwiegt diese Parese auf einer Körperhälfte, so dass das Bild einer Hemiparese zu Stande kommt. Im Gang spricht sich eine solche Hemiparese in einem Ueberhängen nach der Seite der Hemiparese aus. Das bez. Bein wird etwas nachgezogen, die bez. Schulter steht etwas tiefer. Die Parese der Rumpfmuskeln spricht sich in der gebückten Haltung, die Parese der Nackenmuskeln in dem Herabsinken des Kopfes auf die Brust aus.

Alle diese Paresen sind, wie die Intactheit der elektrischen Erregbarkeit ergiebt, corticalen Ursprungs. Seltener sind sie mit Atrophie und partieller oder vollständiger Entartungsreaction verknüpft. So kommt z. B. in seltenen Fällen eine halbseitige Zungenatrophie vor: die Untersuchung p. m. ergiebt alsdann eine graue Degeneration des peripheren Hypoglossus oder einen Schwund des Hypoglossuskerns. Sehr bezeichnend für die Lähmungen ist auch ihre geringe Intensität — absolute Lähmungen sind sehr selten — und ihre Flüchtigkeit: heute ist der linke, nach einigen Wochen der rechte Mundfacialis paretisch.

Die Coordination der willkürlichen Extremitätenbewegungen leidet meist erst in den späteren Krankheitsstadien erheblich. Die Kranken finden bei geschlossenen Augen die Nasenspitze mit den Fingern nicht mehr. Oft vereinigen sich Ataxie und Intentionstremor, um die Sicherheit der Bewegungen zu stören. Vereinzeltes, gelegentliches Versagen der Coordination für feinere Bewegungen beobachtet man schon sehr früh: die Kranken treten fehl beim Tanzen, greifen fehl beim Essen, stolpern auf der Treppe u. a. m. Bei der sog. Tabesparalyse d. h. einer Form der Dementia paralytica, welche mit den typischen Symptomen einer Tabes beginnt, ist ausgesprochene Ataxie selbstverständlich eines der ersten Symptome.

Sehr erheblich und sehr früh leidet fast stets die Coordination der Sprech- und Schreibbewegungen. Am characteristischsten für die Sprachstörung ist die Hesitation bei den Anfangsconsonanten der Worte und auch der einzelnen Silben. Namentlich wenn mehrere Consonanten zusammenstossen, „stolpert“ der Kranke. Zu der Hesitation kommt oft eine Weglassung und Versetzung einzelner Consonanten: der Kranke spricht Artilleriebrigarde oder Artilleriebrigrade statt Artilleriebrigade. In vorgerückten Stadien werden ganze Silben theils weggelassen, theils versetzt („Dampfschliffschleppfahrt“ statt „Dampfschiffschleppschifffahrt“). Zugleich leidet auch die Aussprache bezw. Articulation der einzelnen Vocale und Consonanten. Die Vocale werden tremulirend ausgesprochen

(Intentionszittern der Stimmbänder), die Consonanten undeutlich articulirt. Durch das Zusammentreffen aller dieser Störungen wird schliesslich die Sprache des Kranken ganz unverständlich. In anderen Fällen ist der Endeffect der, dass der Kranke überhaupt kein hörbares Wort hervorbringt: aus der atactischen Sprachstörung hat sich eine Sprachlähmung, eine atactische Aphasie, entwickelt. In anderen Fällen entsteht die Aphasie plötzlich: d. h. ohne dass eine Coordinationsstörung des Sprechens vorangegangen wäre, stellt sich plötzlich eine mehr oder weniger vollständige Aphasie ein. Der Kranke findet für seine Empfindungen und Vorstellungen die Worte nicht mehr*). Diese motorische Aphasie ist von der erwähnten atactischen Sprachstörung nur durch die Entstehungsweise (bei letzterer langsame, bei ersterer rasche Entwicklung) und durch die Intensität (letztere unvollständig, erstere vollständig) verschieden. Beide entstehen durch Zerstörungen in demselben Rindengebiet, nämlich der sog. Broca'schen Stelle, erstere durch rasche vollständige Zerstörung dieses Gebiets, letztere durch langsame unvollständige. Durch allmähliche Zunahme dieser langsamen Zerstörungen kann begreiflicher Weise und entsprechend dem oben angegebenen klinischen Thatbestand aus der atactischen Sprachstörung schliesslich eine vollständige atactische Aphasie werden.

Ausser diesen auf einer Laesion der Broca'schen Stelle selbst beruhenden Sprachstörungen findet man nicht selten auch transcorticale Aphasien, so nicht selten einfache Paraphasie, ab und zu auch optische Aphasie u. dgl. m. Diese Störungen beruhen auf Leitungsunterbrechungen der zu der Broca'schen Stelle führenden langen Associationsbahnen.

Endlich sind auch nicht selten die Sprachkerne des Pons und der Oblongata erkrankt. Es kommt dann zu ähnlichen Sprachstörungen, wie man sie z. B. bei der Bulbärparalyse beobachtet. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die oben schon erwähnten Störungen in der Articulation der einzelnen Consonanten zu einem grossen Theil auf solchen infracorticalen Laesionen beruhen.

In seltenen Fällen beschränkt sich die Sprachstörung auf eine Verlangsamung der Articulation. Sehr selten kommt es zu scandirender Articulation. Durch Paresen einzelner Muskeln kommt es zu weiteren speciellen Störungen (näselnde Sprache bei Gaumenparese u. dgl.).

Zur Prüfung der Sprache genügt es nicht, den Kranken einige besonders schwer auszusprechende Worte nachsprechen zu lassen, sondern

*) Auch auf anderen Muskelgebieten findet man Aehnliches. Manche Kranken haben die Bewegung des Zungenvorstreckens oder des Mundspitzens u. s. w. verlernt. Sollen sie eine solche Bewegung ausführen, so kommen sie entweder überhaupt zu keiner Bewegung (corticomotorische Akinesie) oder sie machen eine falsche (runzeln z. B. die Stirn statt den Mund zu spitzen, Parakinesie).

man muss vor allem die Sprache des Kranken beobachten, wenn er sich unbeobachtet glaubt und keine besondere Sorgfalt auf das Sprechen verwendet. Es gelingt nämlich manchen Paralytikern eine leichte Sprachstörung bei Aufwendung grosser Aufmerksamkeit vorübergehend auch bei schwereren Worten zu unterdrücken. Auch ist zu beachten, dass durch Uebung der Paralytiker einzelne Worte fliessend articuliren lernt. Endlich tritt öfters unter dem Einfluss affectiver Erregung eine leichtere Sprachstörung zurück. Man vermisst sie daher namentlich oft im Exaltationsstadium.

Die Schreibstörung ist der Sprachstörung durchaus analog. Eine plötzliche vollständige Agraphie ist äusserst selten. Meist handelt es sich um eine allmählich sich entwickelnde atactische Schreibstörung. Der Endeffect ist allerdings schliesslich oft entweder eine völlige Unleserlichkeit des Geschriebenen oder auch ein völliges Versagen der Schreibbewegungen. Die einzelnen atactischen Störungen des Schreibens entsprechen ganz denjenigen des Sprechens: man findet zitternden Verlauf der Haar- und Grundstriche, stockendes Ansetzen der einzelnen Buchstaben, Buchstaben- und Silben-auslassungen, -wiederholungen und -versetzungen. Nicht selten beobachtet man, dass der Kranke, nachdem er ein Wort geschrieben hat, bei dem Versuche ein neues Wort auf Dictat zu schreiben, immer wieder in die Buchstaben und Silben des ersten Wortes hineingeräth*).

Schriftprobe eines Paralytikers; dictirt war das Wort „Schwalbe".

Eine specielle Beachtung verdienen auch die Störungen des Gehens. Corticale und spinale Störungen treffen hier zusammen. Liegt Complication mit Tabes vor, so findet man den typischen atactischen Gang des Tabikers. Liegt Complication mit Seitenstrangserkrankung des Rückenmarks vor, so hat der Gang spastischen Character. In vielen Fällen ist der Gang einfach paretisch: die Kranken heben die Füsse nur wenig, machen nur kleine, langsame Schritte und setzen die Füsse breitspurig, d. h. in weitem Querabstand auf. Die corticale Störung tritt noch deutlicher bei complicirteren Gehbewegungen hervor, so z. B. beim Steigen, beim Kehrtmachen u. s. f. Die Gehbewegungen werden der Situation nicht angepasst, daher kommt es zu Fehltritten, Schwanken etc.

Die sensiblen Störungen sind, abgesehen von den mit Tabes complicirten Fällen sowie abgesehen von der sehr characteristischen Hypalgesie, wie bereits erwähnt, sehr geringfügig. Druckpunkte finden sich selten.

*) Solche Nachwirkungserscheinungen beobachtet man auch bei anderen Bewegungen des Paralytikers. Hat der Kranke eben auf Befehl die Zunge vorgestreckt, so wiederholt er zuweilen zu seinem eigenen Verdruss die Bewegung des Vorstreckens, wenn ihm eine andere Bewegung, z. B. Augenschliessen, aufgetragen wird.

Spontane Schmerzen sind sehr häufig, so namentlich heftige anhaltende Kopfschmerzen. Meist sind letztere symmetrisch, am häufigsten werden sie in die Stirn verlegt. Die Supraorbitalneuralgie und Occipitalneuralgie, welche der Krankheit oft vorangehen, sind meist direct auf Syphilis zu beziehen. Bei der Taboparalyse findet man lancinirende Schmerzen (namentlich in den Beinen). Parästhesien in allen Hautgebieten sind auch in Fällen, welche mit Tabes nicht complicirt sind, häufig.

Hör-, Seh-, und Riechstörungen können in jedem Stadium der Dementia paralytica eintreten. Meist beruhen sie auf einer grauen Degeneration der peripherischen Sinnesnerven. Die Hörstörungen beginnen in der Regel mit der Einbusse der Hörfähigkeit für die höheren Töne. Die craniotympanale Leitung ist auffällig oft erloschen. Die Degenenaration des Sehnerven verräth sich oft schon bei ophthalmoskopischer Untersuchung durch eine ausgesprochene Atrophie der Papille. In anderen Fällen findet man nur eine ganz characteristische Trübung der Papille und der angrenzenden Netzhautpartien. Ausgesprochene Stauungspapille findet sich fast nur dann, wenn eine Complication mit Haematom der Dura mater oder ein sehr hochgradiger innerer Hydrocephalus vorliegt. Anosmie resp. Hyposmie ist häufig. Geschmacksstörungen sind seltener.

An dieser Stelle sei auch nochmals hervorgehoben, dass durch den circumscripten Ausfall der Erinnerungsbilder einer Sinnessphäre gelegentlich die Symptome der Seelenblindheit u. s. w. zu Stande kommen können. Hierher gehört auch die Worttaubheit und Wortblindheit mancher Paralytiker. Häufiger als Worttaubheit ist übrigens ein auffälliges Missverstehen aller Worte. Ebenso ist ausgesprochene Alexie selten. Oefter zeigt sich die Lesestörung darin, dass die Kranken Worte auslassen, andere einfügen und viele Worte phantastisch ohne jede Rücksicht auf den Sinn durch andere halbwegs ähnlich klingende ersetzen.

Die Hautreflexe sind zuweilen gesteigert, öfter herabgesetzt, und zwar bald einseitig, bald doppelseitig.

Die Sehnenphänomene sind bei der tabischen Form erloschen. Nicht selten findet man sie auch herabgesetzt bezw. erloschen in solchen Fällen, wo anderweitige tabische Symptome ganz fehlen. Bei sehr vielen Paralytikern sind umgekehrt die Sehnenphänomene gesteigert, so z. B. namentlich auch in den Fällen, welche spastischen Gang zeigen. Nicht selten verbindet sich diese Steigerung mit Fussclonus. Ungemein häufig ist auch halbseitige Verschiedenheit der Sehnenphänomene.

Blasen- und Mastdarmlähmung bleiben im Schlussstadium selten aus; erstere kommt auch nicht selten als Frühsymptom vor. Auch Impotenz pflegt sich im Verlauf des Leidens sehr oft einzustellen.

Verlauf. Man unterscheidet im Verlauf der Dementia paralytica am zweckmässigsten drei Stadien:

1. Ein Prodromalstadium: die Symptome desselben täuschen eine Neurasthenie vor.

2. Das Höhestadium der Krankheit (auch als Stadium der Wahnbildung zu bezeichnen): bald verläuft dasselbe unter dem Bild einer ausgesprochenen Exaltation (Exaltationsstadium), bald unter dem Bild einer ausgesprochenen Depression (Depressionsstadium), bald unter dem Bild einer hallucinatorischen Erregung (hallucinatorisches Stadium), bald endlich lösen sich diese Stadien in regelmässigem oder unregelmässigem Wechsel gegenseitig ab.

3. Das Schlussstadium: einfacher, hochgradiger Schwachsinn ist eingetreten.

Das Prodromalstadium entwickelt sich meist ganz schleichend. Der Kranke klagt über dumpfen Stirnkopfschmerz. Oft leidet der Schlaf. Appetitlosigkeit und Verdauungsbeschwerden stellen sich ein. Die Stimmung ist im Ganzen trüb, abnorm labil und zugleich abnorm reizbar. Die Patienten haben selbst das Gefühl, dass sie einer schweren Krankheit entgegengehen. Geistige Arbeit fällt ihnen schwer: sie verschreiben, versprechen und verrechnen sich oft. Ihr Gedächtniss lässt sie oft im Stich. Der Umgebung fällt bereits ausser der Langsamkeit bei geistiger Arbeit auch ein Mangel an Umsicht und Kritik auf. Auch macht sich bereits eine Gleichgiltigkeit gegen früher gepflegte höhere Interessen geltend. Die körperliche Untersuchung fällt zuweilen negativ aus, zuweilen findet sich schon jetzt Hypalgesie oder Pupillenstarre oder eine leichte Facialisparese oder auch eine leichte Störung der Sprache.

Im Laufe der weiteren Entwicklung tritt der intellectuelle Defect immer deutlicher hervor: der Kranke verlegt wichtige Documente, irrt sich in Geldangelegenheiten um erhebliche Summen, steigt bei Reisen auf falschen Stationen aus, vergisst Verabredungen, lässt auf Briefen die Angabe des Wohnorts des Adressaten weg, verwechselt Personen und Gegenstände. Zugleich ändert sich die Affectlage: der Kranke setzt sich über seine geistige Veränderung jetzt leichter hinweg. Das Krankheitsbewusstsein nimmt in ganz characteristischer Weise ab. Rührseligkeit und Jähzorn lösen sich ganz unvermittelt ab. Der Defect der ethischen Gefühlstöne kommt zur Geltung: ganz gegen seine frühere Gewohnheit geht der Kranke jeden Abend und öfter auch mitten während seiner Geschäftszeit in das Wirthshaus. Er lässt sich mit allerhand Frauenzimmern ein und genirt sich nicht — wenn auch verheirathet — am hellen Tage mit einer Dirne über die Strasse und selbst an seiner eigenen Wohnung vorbeizugehen. Auch zu übereilten Verlobungen mit social viel tiefer stehenden Personen (Kellnerinnen, die der Kranke in

schwachsinniger Weise idealisirt u. s. w.) kommt es nicht selten. Mitunter kommt es direct zu sexuellen Delicten. Ueber allerhand Vergnügungen vernachlässigt der Kranke seinen Beruf. Um seine Familie kümmert er sich nicht mehr. Im ehelichen Leben fällt die Schamlosigkeit und Unmässigkeit seiner Forderungen auf. Seinen Vorgesetzten gegenüber vergisst er den Respect, seinen Untergebenen gegenüber die Reserve. Er macht sich mit Jedermann gemein und gefällt sich in Zoten und Cynismen. Fremden gegenüber fällt seine Taktlosigkeit auf. Auch vernachlässigt er seine Toilette; ohne Kravatte, die Kleider nicht zugeknöpft geht er in Gesellschaften und in das Theater. Oft schläft er während eines Diners oder während der Vorstellung ein.

Auf körperlichem Gebiet sind jetzt fast stets schon deutlichere Symptome vorhanden. Insbesondere ist die Sprachstörung jetzt meist schon nachzuweisen.

Das Höhestadium der Dementia paralytica ist am häufigsten ein Exaltationsstadium. Man bezeichnet diesen Verlauf daher auch als den „klassischen“. Eine krankhafte Heiterkeit überfällt den Kranken. Zugleich stellt sich Ideenflucht und Bewegungsdrang ein. Auffällig rasch kommt es zu secundären (affectiven) Grössenideen. Diese tragen bereits das Gepräge eines hochgradigen Intelligenzdefects (s. o.). Der Kranke lässt sich in enorme Speculationen ein, macht sinnlose Waareneinkäufe, beschenkt alle Welt, verschwendet für sinnlosen Putz in wenigen Tagen Tausende. Ohne entsprechende Mittel tritt er grosse Reisen an und bestellt allenthalben feine Diners und Sect. Theils in Folge der weiteren Steigerung des Bewegungsdrangs, theils in Folge des Widerstandes, welchen die Umgebung schliesslich dem Kranken entgegensetzt, stellt sich volle Tobsucht ein. Der Kranke schreit, singt, zerstört. Der Intelligenzdefect und die Ideenflucht vereinigen sich seinen Vorstellungsablauf ganz des Zusammenhangs zu berauben. Er zerreisst seine Kleider, schmiert „herrliche Gemälde“ mit seinem eigenen Koth an die Wand, trinkt seinen Urin „als Champagner“. Bald will er alle Welt beglücken und umarmen, bald ist er in höchstem Maasse aggressiv. Der Schlaf fehlt oft wochenlang vollständig. Die körperlichen Symptome sind z. Th. weniger ausgesprochen, wie z. B. die Sprachstörung (s. o.), theils entziehen sie sich in Anbetracht der Erregung des Kranken einer genaueren Feststellung. Das Exaltationsstadium klingt meist allmählich ab und geht oft direct in das Schlussstadium des einfachen Blödsinns über.

In anderen Fällen findet man statt des Exaltationsstadiums ein ausgesprochenes Depressionsstadium. Meist schliesst sich ein solches direct an die hypochondrische reizbare Stimmung des Prodromalstadiums an. Mehr und mehr beherrscht eine primäre Depression den Kranken. Schwere Angstaffecte kommen hinzu. Die gleichzeitig sich einstellende Denkhem-

mung lässt den Kranken noch defecter erscheinen, als er thatsächlich ist. Sehr rasch stellen sich auch entsprechende Wahnvorstellungen ein und zwar vorwiegend schwachsinnige hypochondrische Wahnideen (s. o.). Bald bedingt die Angst ein katatonisches Verhalten, bald führt sie zu schwerer Agitation. Selbstmordversuche sind in diesem Stadium (und auch im ersten Abschnitt des Prodromalstadiums) nicht selten. Manche Kranken beschränken sich auf ein ununterbrochenes monotones Jammern. Trotz der hypochondrischen Vorstellungen kommt es selten zu einer consequenten Nahrungsverweigerung. Masturbation, welche im Exaltationsstadium sehr häufig ist, wird zuweilen auch im Depressionsstadium beobachtet. Auch dies Depressionsstadium klingt meist allmählich ab und geht oft direct in die terminale völlige Demenz über. Die körperlichen Symptome sind meist leicht nachzuweisen.

Seltener schliesst sich an das Vorstadium ein hallucinatorisches Stadium. Auf Grund zahlreicher, plötzlich oder allmählich auftauchender Sinnestäuschungen gelangt der Kranke zu zahlreichen Verfolgungsideen und Grössenideen. Wenn die Sinnestäuschungen sich sehr schnell häufen oder überhaupt sehr massenhaft auftreten, kommt es zu heftigen hallucinatorischen Erregungszuständen. In anderen Fällen findet man einen hallucinatorischen Pseudostupor. Auch dies hallucinatorische Stadium kann, allmählich abklingend, direct in volle Demenz übergehen.

In den seither betrachteten Fällen war das Höhestadium insofern einfach, als es ausschliesslich entweder unter dem Bild einer Exaltation oder unter dem einer Depression oder unter dem einer hallucinatorischen Erregung verlief. Sehr oft beobachtet man, dass innerhalb des Höhestadiums verschiedene Phasen, in regelmässiger oder unregelmässiger Reihenfolge, sich ablösen. So kann z. B. an die exaltirte Phase eine Depression sich anschliessen oder umgekehrt. Mitunter kommt es zu einem mehrmaligen Wechsel eines Exaltations- und eines Depressionszustandes. Man spricht dann von circulärem Verlauf. Ferner schieben sich hallucinatorische Erregungszustände nicht selten in das Exaltations- oder in das Depressionsstadium oder zwischen beide hinein. Zuweilen geht während der ganzen Exaltation bezw. Depression eine entsprechende hallucinatorische Erregung nebenher.

Sehr charakteristisch für den Verlauf im Höhestadium sind auch die sog. Remissionen. Auch im Prodromalstadium kommen sie ab und zu vor, selten im Schlussstadium. Ihre Dauer schwankt zwischen einigen Wochen und mehreren Monaten. Selten sind Remissionen von über Jahreslänge. In denselben schwinden nicht nur die Affectstörungen, die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen vollständig, sondern auch der Intelligenzdefect und die körperlichen Ausfallserscheinungen gehen bis zu einem gewissen Grade zurück. Oft bedarf es einer sehr genauen

Untersuchung, um Krankheitsspuren noch aufzufinden. Am hartnäckigsten trotzt auf psychischem Gebiet in der Regel der Defect der complicirteren intellectuellen Gefühlstöne auch der weitgehendsten Remission. Nach Ablauf einer solchen Remission kann sich nochmals ein Depressions- oder Exaltationsstadium einstellen oder es kann direct der Uebergang in das Schlusstadium erfolgen.

Das S c h l u s s s t a d i u m entwickelt sich meist allmählich aus dem vorhergehenden. Nicht selten beobachtet man jedoch auch, dass es zu einem ausgesprochenen Höhestadium nicht kommt, sondern dass nach dem oben geschilderten Prodromalzustand o h n e erheblichere affective, hallucinatorische, wahnhafte und motorische E r r e g u n g u n m i t t e l b a r, bald rascher bald langsamer eine progressive Demenz sich entwickelt, welche zu völliger Verblödung führt. Das Terminalstadium geht in diesen Fällen aus dem Prodromalstadium ganz allmählich entsprechend dem zunehmenden intellectuellen und motorischen Verfall hervor.

Ab und zu nimmt der Kranke noch einige Wahnvorstellungen in dies Schlusstadium mit hinüber. So murmelt mancher trotz seiner Hilflosigkeit, fast sterbend, noch etwas von Kronen und Milliarden. Seltener persistiren Rudimente der hypochondrischen Vorstellungen. Meist herrscht eine leichte Euphorie vor, oft besteht auch völlige Apathie. Bald herrscht völlige motorische Trägheit, bald besteht bis zum Schluss ein grösserer Bewegungsdrang. In letzterem Fall nestelt und reisst und knöpft der Kranke den ganzen Tag an seinen Kleidern oder er macht mit den Händen Bewegungen, als übte er seinen früheren Beruf aus. Andere laufen ruhelos umher und sammeln allerhand Unrath (Kiesel, welke Blätter, Papierschnitzel u. dgl.). Ein klares Motiv ist für diese sog. Sammelsucht oft garnicht festzustellen; jedenfalls messen die Kranken den gesammelten Scherben oft grossen Werth bei. Die Verunreinigungen häufen sich.

Zugleich treten jetzt die körperlichen Ausfallserscheinungen mehr und mehr in den Vordergrund. Eine constante Reihenfolge ihres Auftretens existirt nicht, nur der progressive Charakter wird nie vermisst. Bald leidet die Sprache zuerst und in besonderem Maasse, bald der Gang, bald die Schrift, bald das Greifen der Hände u. s. w. Zum Schluss kommt es oft auch zu Lähmungen der Schlundmuskeln und zu Zähneknirschen. Meist sind die Kranken während der letzten Zeit an das Bett gefesselt, da sie weder zu stehen noch zu gehen vermögen.

Der G e s a m m t v e r l a u f der Krankheit erstreckt sich beim Manne über ca. 3—4 Jahre, bei der Frau über 5—6 Jahre.*) Durch intercurrente Krankheiten (Pneumonie u. dgl.) kommt es sehr häufig schon

*) Ganz ausnahmsweise hat man eine mehr als 10jährige Dauer beobachtet.

viel früher zu einem tödtlichen Ende. In manchen Fällen beobachtet man auch einen acuteren Verlauf der Hirnkrankheit selbst. Meist gehören diese Fälle der sog. klassischen Form an. Prodromalerscheinungen gehen nur kurze Zeit und nur in geringer Zahl und Intensität voraus. Jäh bricht eine hochgradige Ideenflucht, ein maassloser Grössenwahn und eine schwere Tobsucht aus. Dieser Erregungszustand dauert einige Wochen. Geht der Kranke nicht in ihm zu Grunde, so findet man bei seinem Abklingen bereits einen hochgradigen Schwachsinn und ausgebreitete Lähmungen, kurz einen Verfall, wie man ihn sonst meist nur nach jahrelangem Verlauf im Schlussstadium beobachtet. Man bezeichnet diese Form auch als die galoppirende Form der Paralyse.

Der Verlauf der Krankheit erleidet sehr häufig eine wichtige Unterbrechung durch die sog. paralytischen Anfälle. Man versteht darunter mehrtägige fieberhafte Zustände, welche mit schweren corticalen Reiz- und Ausfallserscheinungen einhergehen. Das Bewusstsein ist häufig aufgehoben. In anderen Fällen sind alle psychischen Vorgänge nur verlangsamt und reducirt. Auf Stiche und Anruf reagiren die Kranken daher garnicht oder nur sehr schwach. Koth und Urin lassen die Kranken unter sich gehen. Die Sprache ist aufgehoben oder auf ein Lallen beschränkt. Meist besteht eine sehr deutliche Schluckstörung. Das Fieber steigt bisweilen über 40°. Meist ist es während der Dauer des Anfalls continuirlich; die Morgenremissionen sind meist sehr gering. Die Pulswelle zeigt eine auffällige Dikrotie. Das Gesicht ist oft stark geröthet,*) zuweilen jedoch auch blass. Die Pulsfrequenz ist nicht im Verhältniss zur Fiebertemperatur gesteigert. Die Reiz- und Ausfallserscheinungen spielen sich namentlich auf dem motorischen Gebiet ab. Man kann zwei Typen des Anfalls unterscheiden. Bei dem ersten Typus findet man zunächst und vorwiegend Ausfallserscheinungen. Plötzlich oder auch im Laufe einiger Stunden stellt sich eine halbseitige völlige Lähmung oder Parese ein. Hebt man die Glieder der paretischen Körperhälfte in die Höhe und lässt sie dann los, so fallen sie lediglich der Schwerkraft folgend auf die Unterlage zurück. Auf der anderen Körperhälfte stossen hingegen passive Bewegungen auf einen merklichen Widerstand, und die erhobenen Extremitäten sinken, wenn man sie loslässt, langsam auf die Unterlage zurück, da der Kranke durch willkürliche Innervation der Schwerkraft entgegenwirkt. Oft beobachtet man geradezu gesteigerte Spannung in der Muskulatur der nicht-gelähmten Körperhälfte. Bei völligem Coma findet man selbstverständlich beiderseits absolute Resolution. Erst im weiteren Verlauf können in den gelähmten

*) Congestionen sind bei Dementia paralytica auch ohne paralytischen Anfall sehr häufig. Oft ist dabei die centrale Temperatur sogar auffällig niedrig.

Muskeln auch Reizerscheinungen und zwar meist clonische Krämpfe auftreten. Ihr corticaler Charakter verräth sich darin, dass der Clonus meist in einem bestimmten Muskelgebiet beginnt und allmählich erst auf die übrigen Muskelgruppen derselben Körperhälfte übergeht. Die Reihenfolge, in welcher die einzelnen Muskelgruppen ergriffen werden, entspricht der räumlichen Anordnung ihrer Centren in der Hirnrinde. Nachdem der Krampfanfall die eine Körperhälfte ganz durchwandert hat, ergreift er zuweilen auch noch die nicht-gelähmte Körperhälfte. Der Orbicularis oculi und einige andere Muskeln, welche neben der gekreuzten Rindeninnervation auch eine ausgiebige gleichseitige Rindeninnervation besitzen, betheiligen sich meist von Anfang an beiderseits am Krampf, nur auf der gelähmten Seite etwas stärker als auf der nicht-gelähmten. Statt des clonischen Krampfes oder auch neben dem clonischen Krampf beobachtet man häufig auch einen tonischen Krampf. Letzterer ist an die Reihenfolge des clonischen Krampfes nicht gebunden. Die Augen zeigen oft einen lebhaften Nystagmus oder auch eine conjugirte tonische Deviation nach der krampfenden, gelähmten Seite. Der Kopf ist gleichfalls nach dieser Seite gedreht (fast stets tonisch). Wenn der Krampf später auf die andere Körperhälfte überspringt, wechselt auch die Drehung der Augen und des Kopfes: d. h. Kopf und Augen wenden sich der jetzt krampfenden nicht-gelähmten Körperhälfte zu. Der einzelne Krampfanfall dauert meistens einige Minuten, zuweilen über eine Viertelstunde. Gewöhnlich wiederholt er sich öfter. Mitunter folgen die einzelnen Anfälle so rasch auf einander, dass man von einem epileptiformen Status sprechen kann. Seltener beobachtet man während des ganzen paralytischen Anfalls vereinzelte, unregelmässig vertheilte clonische Krampfbewegungen. Sehr häufig ist ununterbrochenes Zähneknirschen.

Bei dem soeben beschriebenen paralytischen Anfall ging die Lähmung dem epileptiformen Krampfbewegungen voran. Häufig ist es umgekehrt. Bei den Anfällen des zweiten Typus stürzt der Kranke plötzlich unter Krampfbewegungen zu Boden. Der Ablauf des Krampfanfalls entspricht ganz der oben für den ersten Typus gegebenen Beschreibung. Nach dem Krampfanfall kann man fast stets eine ausgesprochene Hemiparese in der von den Convulsionen zuerst und am intensivsten betroffenen Körperhälfte feststellen. Kopf und Augen zeigen unmittelbar nach dem Krampfanfall oft eine conjugirte Deviation nach der nicht-gelähmten Seite. Die Krampfanfälle können sich beliebig oft wiederholen.

Zwischen den paralytischen Anfällen des ersten Typus und denjenigen des zweiten Typus besteht kein scharfer Unterschied. Zuweilen hat man die ersteren auch als apoplectiforme, die letzteren als

epileptiforme Anfälle bezeichnet. Oft lässt sich garnicht feststellen, ob zuerst die Lähmung oder zuerst der clonische Krampf aufgetreten ist. Man spricht daher besser nur von paralytischen Anfällen schlechtweg und fügt je nach dem Thatbestand hinzu „mit" oder „ohne epileptiforme Krämpfe".

Vergleicht man die Achseltemperatur der gelähmten und der nicht gelähmten Körperhälfte, so findet man diejenige der ersteren oft um mehr als 1° höher. Ebenso ist die Hanttemperatur in der Regel auf der gelähmten Seite etwas höher als auf der nicht gelähmten. Nach jedem epileptiformen Anfall ist die Körpertemperatur (im Rectum gemessen) fast stets erbeblich gestiegen, zuweilen um mebr als 3°. Erfolgen keine nenen Anfälle, so geht diese Steigerung bald wieder zurück.

Die Hantreflexe nnd Sehnenphänomene sind nur in den allerschwersten Anfällen beiderseits erloschen. In den meisten Anfällen sind die Sehnenpbänomene auf der Seite der Lähmung gesteigert, die Hautreflexe auf der Seite der Lähmung herabgesetzt oder erloschen. Anch kaun auf derselben Seite Fnssclonus bestehen. So ist man oft in der Lage anch bei völlig bewusstlosen Kranken auf der Höbe des Anfalls zu entscbeiden, welche Seite vorzugsweise von der Lähmung betroffen ist. — Die Cornealreflexe sind in den schwersten Fällen erloschen.

Die Berührnngsempfindlichkeit lässt sich nur in den leichteren Fällen prüfen. In diesen ist, wie aus den lallenden Antworten des Kranken bezw. seiner Gesticulation zn entnehmen ist, auf der gelähmten Seite die Berührungsempfindlichkeit nicht völlig aufgeboben. Dagegen vermag der Kranke Berührungen dieser Körperhälfte gar nicht oder nur ganz unvollkommen zu localisiren.

Die Schmerzempfindlichkeit ist in den schwersten Fällen beiderseits aufgehoben. In allen anderen Fällen ist sie nur auf der Seite der Lähmung herabgesetzt: es ergiebt sich dies daraus, dass die mimische Verziehung des Gesichts sowie die Abwehrbewegungen viel scbwächer sind, bezw. überhaupt erst bei viel tieferen Stichen erfolgen.*)

In leichteren Fällen lässt sich anch eine Herabsetzung der Geruchs- und Hörschärfe und eine Hemiamblyopie entsprechend der Seite der Lähmung feststellen: der Kranke kommt Aufforderungen nicht nach, wenn ihm das Ohr auf der nicht-gelähmten Seite zugehalten wird, und er blinzelt nicht, weun man von der Seite der Lähmung her mit dem Finger auf das rechte oder linke Ange zufährt.

*) Hierin lediglich eine motorische Störung zu erblicken verbietet sich deshalb, weil die Gesichtsverziehung oft ganz symmetrisch ist und bei Stichen in die nichtgelähmte Körperhälfte oft auch in der paretischen Gesichtshälfte prompt eine Verziehung eintritt.

Zuweilen sind diese halbseitigen sensiblen und sensorischen Erscheinungen auffällig stark ausgesprochen, während die motorischen Symptome zurücktreten. Es besteht dann eine complete Hemianalgesie, Hemianosmie und Hemianopsie. Auch macht der Kranke oft eigenthümliche Bewegungen mit dem gesunden Arm, als suchte er den Arm der hemianalgetischen Körperhälfte: auch das Muskelgefühl ist halbseitig erloschen. In diesen sensorischen paralytischen Anfällen treten auch öfters halbseitige Hallucinationen auf: der Kranke fühlt sich auf der hemianalgetischen Seite gezwickt, sieht Gestalten in dieser Hälfte des Gesichtsfeldes und hört sich von derselben Seite her rufen.

Die Dauer des einzelnen paralytischen Anfalls sowie seine Intensität ist sehr wechselnd. Manche sind so leicht, dass der Kranke kaum mehr als einen leichten Schwindel, eine vorübergehende Schwäche der einen Körperhälfte oder auch nur ein vorübergehendes Versagen der Sprache bemerkt. Namentlich im Prodromalstadium sind diese leichten Anfälle sehr häufig und diagnostisch von grosser Bedeutung. Die späteren Anfälle sind gewöhnlich intensiver und länger dauernd. Die Durchschnittsdauer vom Beginn des Fiebers bis zum Schwinden desselben beläuft sich auf 2—3 Tage. Doch kommen auch Anfälle von mehrstündiger Dauer vor.

Nach dem Anfall bilden sich die Erscheinungen äusserst rasch zurück. Man ist erstaunt, wie eine fast völlige Lähmung binnen 24 Stunden wieder fast ganz verschwindet. Es hängt dies damit zusammen, dass diesen Anfällen lediglich Circulationsstörungen, keine gröberen anatomischen Läsionen zu Grunde liegen. Die Section ergiebt wenigstens oft keine anderen Befunde bei Paralytikern, welche im Anfall gestorben sind, als bei Paralytikern, welche nie Anfälle gehabt haben und auch nicht im Anfall gestorben sind. Untersucht man übrigens den Zustand nach dem Anfall genauer, so ergiebt sich doch, dass der Status quo ante nicht völlig zurückgekehrt ist: eine leichte Parese des einen Mundfacialis oder Hypoglossus oder Armes u. s. w. ist zurückgeblieben, die Sprache stockt etwas mehr, die Intelligenz ist wieder um eine Stufe tiefer gesunken.

Ausser den eben beschriebenen paralytischen Anfällen beobachtet man gelegentlich auch fieberhafte Zustände, welche in ihrem äusseren Bild ihnen sehr gleichen, für welche jedoch die Section eine acute Pachymeningitis haemorrhagica interna als Ursache nachweist. Verlangsamung und Unregelmässigkeit des Pulses, Stauungspapille, Miosis sind für die schwereren Fälle charakteristisch. Auch die motorische Agitation der Kranken (allerhand anscheinend zweckmässige Greifbewegungen), ihr Irrereden, die Unorientirtheit, der mehr taumelnde als hängende Gang deuten auf Pachymeningitis. Die Rückbildung der Symptome ist stets eine langsamere.

Zuweilen kommen im Verlauf einer Dementia paralytica auch *echte epileptische* Anfälle vor; meist bestand in diesen Fällen schon vor Ausbruch der Dementia paralytica eine syphilitische genuine Epilepsie. — Auch *echte choreatische* Bewegungsstörungen kommen zuweilen zur Beobachtung; meist halten sie einige Wochen oder Monate an und verschwinden dann vollständig oder machen anderen Bewegungsstörungen Platz.

Eine besondere Verlaufsweise zeigen manche Fälle, in welchen peripherische oder spinale Erscheinungen lange Zeit isolirt bestehen und erst spät cerebrale bezw. corticale Symptome hinzutreten. So kann z. B. eine peripherische Peroneus- oder Abducenslähmung jahrelang dem Ausbruch der corticalen Störungen vorausgehen. In anderen Fällen geht z. B. eine spinale Paraparese der Beine, welche geradezu eine Transversalmyelitis vortäuschen kann, der Dementia paralytica voraus. Die häufigste dieser Varietäten ist die sog. *Tabesparalyse*. Bei dieser besteht jahrelang zunächst eine Tabes in typischer Form und erst nach Jahren schliesst sich an die Tabes der Symptomencomplex der Dementia paralytica an. Der ganze Verlauf erstreckt sich dementsprechend zuweilen über 10 und mehr Jahre.

Ausgänge und Prognose. Die Dementia paralytica ist unheilbar.*) Die Remissionen täuschen, wenn sie erheblich sind und länger währen, mitunter Heilung vor. Stets endet die Krankheit binnen der oben angegebenen Zeit tödtlich. Der Tod erfolgt bald in Folge einer Lungenentzündung (Schluckpneumonie u. dgl.) bald in Folge einer Cystitis und Pyelonephritis, bald in Folge eines schweren Darmkatarrhs. Bei anderen führt der Decubitus zum Tode. Auch ein allgemeiner Marasmus kann im Schlussstadium zu tödtlicher Herzschwäche führen. Nicht wenige Kranke gehen schon *vor* dem Schlussstadium zu Grunde, so namentlich in einem paralytischen Anfall; letzterer führt mitunter ohne weitere Complication an sich zum Tode, bald zieht sich der Kranke im Anfall eine tödtliche Pneumonie zu.

Varietäten. Zahlreiche Varietäten sind bei der Besprechung des Krankheits*verlaufs* bereits erörtert worden. Die übrigen werden im Anschluss an die *Aetiologie* (s. u.) behandelt.

Aetiologie. Erbliche Belastung ist in 40 % der Fälle nachweisbar, *schwere* erbliche Belastung kaum in 10 %. Das Auftreten der Krankheit fällt am häufigsten in das 4. und 5. *Lebensjahrzehnt*. Im 3. Lebensjahrzehnt sowie im 6. ist sie bereits erheblich weniger häufig. Vor dem 20. Lebensjahr, also im ersten und

*) In der ganzen Literatur finden sich nur etwa 12 Heilungen, welche der Kritik einigermaassen Stand halten.

zweiten Lebensjahrzehnt sind in der ganzen Literatur nur etwa 40 Fälle bekannt. Diese sog. infantile Paralyse zeigt sehr selten den klassischen Verlauf; auch schwere Depressionsstadien sind selten. In zwei Drittel der zugehörigen Fälle ist hereditäre Syphilis nachweisbar. Es handelt sich fast um ebensoviele Mädchen wie Knaben.

Die Paralyse des mittleren Lebensalters ist bei dem männlichen Geschlecht 7 bis 8 mal häufiger als bei dem weiblichen. Bei dem Manne ist sie im mittleren Alter fast ebenso häufig wie die Paranoia. Der Verlauf der Dementia paralytica bei der Frau deckt sich im Ganzen mit dem oben beschriebenen bei dem Manne. Die Grössenideen haben oft einen sehr stereotypen Inhalt. Die Kranke hat zahllose Kleider, viele Geliebten, tausend Kinder u. dgl. Depressive Zustände sind etwas selteuer. Die sexuelle Schamlosigkeit tritt meist schon früh in den Vordergrund.

Die Hauptursache ist unzweifelhaft die Syphilis. In mehr als 50 % aller Fälle lässt sich mit Sicherheit eine vorangegangene Infection nachweisen. Auf Grund einer anderen statistischen Berechnung hat man die ätiologische Bedeutung der Syphilis auch durch folgenden Satz ausgedrückt: Der Syphilitische ist 16 mal mehr der Gefahr ausgesetzt an Paralyse zu erkranken als der Nicht-Syphilitische. Zwischen der Infection und dem Ausbruch der Dementia paralytica liegen oft mehr als 10 Jahre. Die Secundärerscheinungen sind oft auffällig geringfügig. — Ausser der Syphilis scheint auch die Rachitis eine Prädisposition für Paralyse zu schaffen.

Chronischer Alkoholismus findet sich bei ca. 20 %.*) Kopftraumen spielen gleichfalls ab und zu eine ätiologische Rolle. Von grosser ätiologischer Bedeutung sind intellectuelle Ueberanstrengung und affective Erregung. Letztere ist namentlich dann wirksam, wenn es sich um chronische Gemüthsbewegungen handelt. Rheumatische Schädlichkeiten und sexuelle Excesse spielen eine geringere Rolle.

In den meisten Fällen entsteht die Dementia paralytica auf Grund mehrerer ätiologischer Momente. Selten genügt ein einziges. — Aus der obigen Darstellung lässt sich ohne Schwierigkeit verstehen, dass manche Stände besonders zur Paralyse zu disponiren scheinen. So ist z. B. unzweifelhaft, dass Offiziere, Grosskaufleute u. s. w. in besonders grosser Zahl erkranken. Alkoholexcesse, Syphilis, mangelhafte Nachtruhe treffen bei beiden zusammen; Zurücksetzungen und Kränkungen im Dienst kommen bei den ersteren, die Sorgen der Concurrenz und das überhastete Arbeiten im Affect bei letzteren hinzu. —

*) Man muss sich hüten, die Alkoholexcesse im Exaltationsstadium mit chronischem Alkoholismus zu verwechseln. — Auch der Abusus Nicotianae kommt zuweilen als Mitursache in Betracht.

In früheren Jahrhunderten scheint die Dementia paralytica überhaupt nicht oder nur höchst selten vorgekommen zu sein, in manchen aussereuropäischen Ländern (z. B. Japan) ist sie noch jetzt sehr selten. In anderen (z. B. Algier) ist sie von Jahrzehnt zu Jahrzehnt mit dem Eindringen der Syphilis und des europäischen Culturlebens häufiger geworden.

Diagnose. Im Prodromalstadium ist namentlich die Verwechslung mit Neurasthenie naheliegend und gefährlich, letzteres namentlich deshalb, weil der Kranke, wenn der Arzt ihn fälschlich für einen Neurastheniker hält und daher nicht der geschlossenen Anstalt überweist, durch Excesse sich und seine Familie um Ruf und Vermögen bringt. Differentialdiagnostisch ist Folgendes zu berücksichtigen. Ein acuter, plötzlicher Zusammenbruch der intellectuellen Leistungsfähigkeit spricht im Allgemeinen für Neurasthenie, eine schleichende Entwicklung der Symptome für Paralyse. Die Denkhemmung des Neurasthenikers ist nicht mit dem Defect der ästhetischen und ethischen Gefühlstöne verknüpft, welcher für die beginnende Demenz des Paralytikers bezeichnend ist. Verdächtig auf Paralyse ist stets auch eine erheblichere Stimmungslabilität. In der Zeitrechnung irrt sich der Neurastheniker höchstens um drei Tage, der Paralytiker oft um mehr. Unter den körperlichen Symptomen sind Parästhesien, Schwindel, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit beiden Krankheiten gemeinsam. Schwindelanfälle mit vorübergehender Aphasie sprechen in hohem Maasse für Dementia paralytica. Bei der Verwerthung einer Sprachstörung für die Diagnose bedarf es einiger Vorsicht, da Neurastheniker im Affect und in der Ermüdung zuweilen stockend und zitternd sprechen und gelegentlich selbst auch Worte und Konsonanten versetzen. Auch die hypochondrische Besorgniss, die paralytische Sprachstörung sei vorhanden, kann bei dem Neurastheniker gelegentlich Articulationsstörungen bedingen. Facialis- und Hypoglossusparesen sind nur zu verwerthen, wenn ihr erworbener Charakter feststeht (s. S. 170). Hypalgesie spricht sehr entschieden für Paralyse. Noch beweisender sind Pupillenstarre und Westphal'sches Zeichen: aus beiden ist direct auf organische Läsion zu schliessen, Neurasthenie kommt nicht mehr in Frage, und nur die Möglichkeit der Hirnsyphilis (s. u.) bedarf noch der Erwägung. Auch einseitige Steigerung der Sehnenphänomene sowie Aufhebung des Achillessehnenphänomens ist stets sehr verdächtig. Auf der Krankheitshöhe sind Verwechslungen mit Manie (im Exaltationsstadium)*), mit Melancholie (im Depressionsstadium) und mit Paranoia im hallucinatorischen Stadium möglich. Die einschlä-

*) Hierzu ist auch Fig. 1 und Fig. 6 der physiognomischen Tafeln zu vergleichen. Erstere stellt eine Manie, letztere eine Paralyse dar. Der Gesichtsausdruck der Exaltation ist beiden gemeinsam, die Mundfacialislähmung lässt den Paralytiker erkennen.

gigen Differentialdiagnosen sind bei Darstellung der Manie, Melancholie und Paranoia bereits eingehend erörtert worden.

Die Unterscheidung von Heerderkrankungen des Gehirns bietet zuweilen grössere Schwierigkeit. Es giebt Fälle der Dementia paralytica, in welchen im Beginn der Krankheit zu einer Zeit, wo der Intelligenzdefect noch ganz unerheblich ist, ein isolirtes, markantes Heerdsymptom, z. B. eine motorische Aphasie oder eine Paraphasie oder eine isolirte Hemianopsie besteht. Der weitere Verlauf lehrt in diesen Fällen unzweideutig, dass es sich um eine Dementia paralytica handelt. Die Section liefert später für den eigenartigen Beginn des Leidens oft keine Erklärung, und nur in seltenen Fällen ergiebt die makroskopische oder mikroskopische Untersuchung neben der diffusen Rindenerkrankung eine circumscripte, besonders schwere Rindenerkrankung an der erwarteten Stelle (z. B. eine Sclerose der linksseitigen Temporalwindungen bei initialer sensorischer Aphasie). Diese monoplegisch beginnenden Formen der Dementia paralytica nun täuschen begreiflicher Weise leicht eine Heerderkrankung vor. Nur eine genaue anamnestische Erhebung über das Verhalten der Intelligenz und eingehende Prüfung des gegenwärtigen intellectuellen Besitzstandes schützen vor Verwechslung.

Specielle Schwierigkeit macht die Unterscheidung von der Syphilis des Gehirns, d. h. einer organischen Erkrankung des Gehirns, bei welcher nur specifische gummöse Processe an circumscripten Stellen des Gehirns sich vorfinden. Da die syphilitische Heerderkrankung Fernwirkungen auf die ganze Hirnrinde ausüben kann, so kommt es oft zu schwerer Incohärenz und Unorientirtheit, zu allerhand Wahnvorstellungen und hallucinatorischen Erregungszuständen, in anderen Fällen zu protrahirten soporösen Zuständen mit auffälliger Apathie und Denkhemmung. Damit ist offenbar die Gelegenheit zu Verwechslungen gegeben. Differentialdiagnostisch ist zu berücksichtigen, dass bei der Syphilis des Gehirns nur Hemmung und Incohärenz vorliegen, während für Dementia paralytica der Defect charakteristisch ist. Lässt bei ersterer die Erregung bezw. in anderen Fällen die Hemmung etwas nach, so ist man über die auffällige Klarheit mancher Urtheile erstaunt, während in den freieren, ruhigeren Phasen der Dementia paralytica der Defect meist gerade erst recht zu Tage tritt. Dazu kommt die Stabilität der Lähmungserscheinungen bei der Syphilis des Gehirns, der Wechsel derselben bei der Dementia paralytica. Endlich kommt hesitirende Sprache nur der letzteren zu. Freilich reicht in manchen Fällen dies alles zu einer sicheren Diagnose nicht aus. Entscheidend ist dann der Ausfall der antisyphilitischen Therapie. Auch ist zu berücksichtigen, dass im Anschluss an eine syphilitische Heerderkrankung (Syphilis cerebri) eine diffuse Rindenveränderung sich entwickeln kann, welche ganz derjenigen

der Dementia paralytica entspricht; dementsprechend beobachtet man klinisch, dass zu den uncomplicirten Symptomen eines Syphiloms bezw. einer gummösen Meningitis später die typischen Symptome einer Dementia paralytica hinzutreten:*) die Hirnsyphilis ist in Dementia paralytica übergegangen. Schliesslich kommt noch in Betracht, dass auch anatomisch von Anfang an zwischen der diffusen paralytischen Rindenerkrankung und der sog. gummösen Infiltration Uebergangsformen existiren. Man wird daher selbst auf Grund des ganzen klinischen Verlaufes und des Sectionsbefundes nicht in allen Fällen eine absolut scharfe Diagnose stellen können.

Auch im Prodromalstadium der Dementia paralytica ist mitunter eine Verwechslung mit Hirnsyphilis und zwar mit der sog. Forme céphalalgique möglich. Man findet Pupillenstarre, Kopfschmerzen und geistige Erschöpfung. Handelt es sich nun um Dementia paralytica incipiens oder um eine Form der Hirnsyphilis? Maassgebend ist, ob die Sprache hesitirend ist und ein ethischer Defect, eine Charakterveränderung nachweisbar ist. Ist die Sprache intact, sind keine Tactlosigkeiten und selbstverständlich auch keine groben Gedächtniss- und Urtheilsdefecte vorgekommen, so wird man vorläufig Dementia paralytica ausschliessen — vorläufig: denn eine weitere Beobachtung solcher Fälle lehrt, dass viele schliesslich nach Jahren doch noch der Dementia paralytica verfallen.

Mit Dementia senilis können diejenigen Formen der Dementia paralytica verwechselt werden, welche jenseits des 60. Jahres beginnen. Die Spätformen der Dementia paralytica und die Frühformen der Dementia senilis (bei Senium praecox) gehen fliessend in einander über sowohl hinsichtlich des klinischen Symptomencomplexes wie bezüglich des anatomischen Befundes. Im Allgemeinen wird man sich, wenn ausgesprochene Rückenmarkssymptome, hesitirende Sprache, Pupillenstarre oder Grössenideen vorliegen, für Dementia paralytica entscheiden.

Schwer ist zuweilen auch die Unterscheidung der Dementia paralytica von der Demenz, mit welcher der chronische Alkoholismus zuweilen abschliesst. Die psychische Degeneration des Alkoholisten (S. 223) steigert sich zuweilen zu einer völligen Verblödung; der Sectionsbefund ist negativ oder wenigstens von demjenigen der Dementia paralytica verschieden. Der klinische Symptomencomplex kann mit demjenigen der Dementia paralytica grosse Aehnlichkeit zeigen. Speciell kommen Lähmungen auch bei chronischem Alkoholismus vor. Nur

*) Hiermit ist die eigenartige intellectuelle Abschwächung nicht zu verwechseln, welche sich im Gefolge der Hirnsyphilis (s. d.) oft einstellt. Von dem Defect der Dementia paralytica unterscheidet sich dieser Defect durch stationäres, (d. h. nichtprogressives) Verhalten sowie durch das Fehlen der für Dementia paralytica bezeichnenden ethischen Charakterveränderung (s. o.). Auch fehlt die hesitirende Sprache.

die Sprachstörung ist meist die tremulirende des Alkoholisten, nicht die besitirende des Paralytikers. Der Verlauf klärt die Diagnose insofern auf, als bei der alkoholistischen Demenz*) Defectheilungen und dauernde Stillstände des Leidens bei Entziehung des Alkohols vorkommen: der progressive Charakter der Dementia paralytica fehlt. Dabei ist jedoch zu betonen, dass auf dem Boden des chronischen Alkoholismus sich nicht selten auch eine typische Dementia paralytica mit allen ihren charakteristischen Symptomen und fast völlig gleichem Sectionsbefunde entwickelt.

Therapie. Sobald die Diagnose Dementia paralytica sichergestellt ist, ist die Ueberführung in eine geschlossene Anstalt in der übergrossen Mehrzahl der Fälle geboten, um den Excessen des Kranken ein Ende zu machen, bezw. vorzubeugen. In zahlreichen Fällen zögert der Arzt mit diesem Schritt zu lange und lässt so dem Kranken Zeit sich und seine Familie zu compromittiren und finanziell zu ruiniren.

In der Anstalt empfiehlt sich in allen noch nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen, in welchen ätiologisch Syphilis in Frage kommt, dringend eine energische Quecksilberkur (10—12 Calomelinjectionen zu je 0,1 in 1—2 wöchentlichen Zwischenräumen oder 80—100 Inunctionen zu je 5,0 Ung. ciner.) mit gleichzeitiger oder nachfolgender Jodbehandlung (3,0 Natr. jodat. p. die). Dieser Versuch empfiehlt sich, wenn er auch nur eine Remission und fast niemals eine Heilung herbeizuführen vermag, schon deshalb, weil, wie oben erwähnt, eine Verwechslung mit Hirnsyphilis zuweilen nicht sicher zu vermeiden ist.

Vesicantien, kalte Bäder, Ergotin sind auch neuerdings noch oft, jedoch ohne Erfolg, angewendet worden. Alkoholica verbietet man am besten vollständig. Das Rauchen ist einzuschränken. Im Uebrigen sorge man für körperliche und namentlich für geistige Ruhe.

Gegen die depressiven Erregungszustände ist Opium, gegen die Exaltationszustände Hyoscin anzuwenden. Im paralytischen Anfall ist die Controle der Ernährung am wichtigsten; eventuell wird Schlundsondenfütterung nothwendig. Bei epileptiformen Convulsionen bewähren sich Chloralklysmen. Bei hallucinatorischen Erregungszuständen ist Chloral mit Morphium am wirksamsten.

Im Schlussstadium der Krankheit ist — bei günstigen äusseren Verhältnissen — oft Familienpflege möglich. Es bedarf dann namentlich grosser Sorgfalt zur Verhütung des Decubitus (täglich warme Vollbäder!), genauer Ueberwachung der Ernährung (Gefahr des Erstickens durch Eindringen grösserer Bissen in die Kehle und Trachea!) und steter Fürsorge für regelmässige Urinentleerung (ev. Katheterismus).

*) Auch alkoholistische Pseudoparalyse genannt.

Auch in den Remissionen wird man oft den Kranken wieder seiner Familie übergeben können. Dabei ist jedoch eine genaue ärztliche Ueberwachung erforderlich, damit der Wiederausbruch der Krankheit rechtzeitig bemerkt und die Wiedereinlieferung in die Anstalt rechtzeitig veranlasst wird.

Pathologische Anatomie. Die Section ergibt bei Dementia paralytica folgende makroskopische Befunde: *)

1. Pachymeningitis haemorrhagica interna: dieselbe findet sich nur etwa in der Hälfte aller Fälle. Zuweilen findet man umfangreiche frische oder alte Haematome der Dura mater.

2. Leptomeningitis chronica: man erkennt sie an der weisslichen Trübung und Verdickung der weichen Hirnhaut (namentlich längs der Gefässe). In den Maschen der Arachnoidea findet sich abnorm viel Flüssigkeit (Hydrocephalus externus).

3. Verkleinerung des Gehirngewichts (bis auf 1000 und weniger).

4. Erweiterung der Ventrikel (Hydrocephalus internus) **) und Granulirung des Ependyms.

5. Verschmälerung der Hirnrinde, Klaffen der Sulci.

6. Graue Degeneration im Centrum semiovale, im Hirnstamm und namentlich auf dem Rückenmarksquerschnitt in sehr variabler Ausdehnung.

7. Graue Degeneration einzelner spinaler Wurzeln und einzelner peripherer Nerven (z. B. des N. opticus).

Die mikroskopische Untersuchung der Hirnrinde ergibt namentlich vier pathologische Processe:

1. Veränderungen der Ganglienzellen selbst (Verlust des Kernkörperchens und Kerns, trübe Schwellung, Schrumpfung der Protoplasmafortsätze).

2. Untergang markhaltiger Nervenfasern sowohl in der Markleiste wie in der sog. Randzone wie auch im Inneren der Rinde.

3. Vermehrung der Gliazellen („Spinnenzellen").

4. Veränderungen der Gefässwände, Erweiterung der perivasculären Räume, Auswanderung weisser und rother Blutkörperchen.

Bald überwiegt dieser bald jener Process. Die gegenseitige Beziehung derselben festzustellen ist noch nicht mit Sicherheit gelungen. Am ausgesprochensten sind die Veränderungen meist im Gyrus rectus (Faserschwund) und im Lobulus paracentralis (Ganglienzellenveränder-

*) Die Bezeichnung des Laien „Gehirnerweichung", ist ganz unzutreffend. Die Consistenz des paralytischen Gehirns ist oft sogar grösser als diejenige des normalen.

**) Zuweilen ist er einseitig. Intra vitam fällt dann die gekreuzte gemischte Hemianästhesie auf.

nngen). Doch ist stets die ganze Hirnrinde*) ergriffen und die Vertheilung der Veränderung im Einzelnen grossen Schwankungen unterworfen.

Ans diesem Befunde erklären sich die Hauptsymptome der Dementia paralytica, der Verlust der Erinnerungsbilder und der Urtheilsdefect, sowie die corticomotorischen Störungen in ansreichender Weise (s. Einl. S. 5 und 6). Die übrigen Symptome sind auf die infracorticalen Zerstörungen, welche wir oben aufgezählt haben, zurückzuführen.

h. Dementia senilis.

Die Dementia senilis ist eine chronische organische Psychose des Greisenalters, deren Hauptsymptom ein progressiver Intelligenzdefect ist.

Specielle Symptomatologie.

Vorstellnngen nnd Urtheilsassociationen. Die Erinnerungsbilder gehen dem Kranken ganz ähnlich verloren wie dem Paralytiker. Anch die Urtheilsschwäche kommt in ganz ähnlicher Weise zu Stande wie hei der Dementia paralytica. Die Gedächtnissschwäche für die Jüngstvergangenheit tritt noch schärfer hervor. 5 Minuten, nachdem man dem Kranken seinen jetzigen Wohnort genannt hat, hat er ihn oft hereits wieder vergessen. Manche Kranke wissen nicht einmal anzugehen, in welchem Jahrhundert sie lehen. Kindheitserinnerungen werden oft noch recht genau reproducirt, während die letzten Jahre in den Kranken üherhanpt keine Erinnerung zurückgelassen haben.

Unter den Wahnvorstellnngen üherwiegen Verfolgungsideen. Theils sind sie primären, theils affectiven oder hallucinatorischen Ursprungs. Nächstdem findet man hypochondrische Vorstellungen schwachsinnigen Inhalts am häufigsten. Sehr oft begegnet man auch Verarmungsvorstellnngen, welche sich zuweilen zu allgemeinem Verarmnngswahn steigern. Am seltensten sind Grössenideen.

Der Vorstellnngsahlanf zeigt gewöhnlich nur secundäre Störungen. Bei pathologischer Heiterkeit kann er heschleunigt, hei pathologischer Depression und Angst gehemmt sein. Zu der durch den Intelligenzdefect bedingten Incohärenz kommt oft noch eine hallncinatorische Incohärenz hinzu.

Empfindnngsstörnngen. Illusionen und Hallncinationen sind sehr häufig. Meist sind sie schreckhaften Inhalts. Am massenhaftesten treten sie Nachts auf.

Affectstörungen. Primäre Affectanomalien fehlen selten. Die

*) Auch in den infracorticalen Ganglien findet man ähnliche Processe.

Grundstimmung des Kranken ist sehr labil, bald mehr reizbar, bald mehr weinerlich, zuweilen auch kindisch heiter. Sehr häufig sind schwere Angstaffecte. Auch diese treten wie die Sinnestäuschungen vorzugsweise Nachts auf. Oft sind sie typisch präcordial.

Sehr ausgesprochen ist stets der Verfall der höheren ethischen und ästhetischen Gefühlstöne. Die Kranken verlieren den Sinn für Reinlichkeit. Die egoistische Einengung des Gefühlslebens, welche schon unter physiologischen Verhältnissen sich oft genug im Alter einstellt, ist eine totale. Der Mangel an ethischen Begriffen und Gefühlstönen führt besonders häufig zu Eigenthumsvergehen und Verstössen gegen die Sittlichkeit (unzüchtige Handlungen mit kleinen Mädchen, welche sich mitunter auf einfaches Betasten der Genitalien beschränken u. dgl.). Bei dem Zustandekommen der letzteren wirkt oft eine pathologisch gesteigerte geschlechtliche Erregbarkeit mit.

Handlungen. Stuporöse bezw. katatonische Phasen sind seltener. Im Allgemeinen überwiegt eine ausgesprochene motorische Unruhe, welche sich besonders Nachts geltend macht. Am Tage liegen die Kranken viel im Halbschlaf und Nachts irren sie ruhelos umher. Bald verwechseln sie Ort und Tageszeit und wollen mitten in der Nacht diese oder jene Tagesarbeit thun, bald werden sie von Sinnestäuschungen oder Angstaffecten aufgejagt. Oft verlaufen sich die Kranken. Da sie mit dem Licht sehr unvorsichtig umgehen, kommt es nicht selten zu fahrlässigen Brandstiftungen. Der Eigenthumsvergehen und Sittlichkeitsverbrechen wurde schon gedacht. In Folge ihrer Vergesslichkeit verlegen sie ihre eigenen Sachen fortwährend und wähnen sich, wenn sie dieselben nicht finden, bestohlen. Sucht und zeigt man sie ihnen, so haben „die Diebe sie inzwischen wieder rasch hingestellt". Manche Kranke wühlen fortwährend in ihren Habseligkeiten umher. Andere — in vorgerückteren Stadien — machen den ganzen Tag stereotype, ihrem frühern Beruf entsprechende Gewohnheitsbewegungen (Wasch-, Nähbewegungen u. s. f.). Die Angst bedingt nicht selten Suicidversuche.

Körperliche Symptome. Die corticomotorischen Störungen sind ähnliche wie bei der Dementia paralytica, nur ist die Sprache fast niemals hesitirend. Aphasische und paraphasische Störungen sind häufiger. Der senile Tremor kommt hinzu. Spinale motorische Störungen sind selten. Romberg'sches Schwanken kommt ab und zu vor. — Hypalgesie ist sehr häufig, gelegentlich kommt auch Hypaesthesie vor. Parästhesien, Ohrensausen und Funkensehen sind ungemein häufig. Oft lässt sich schwer entscheiden, wieviel auf senile Veränderungen der peripheren Organe (chronischer Paukenhöhlencatarrh, senile Hautveränderungen u. s. w.), wieviel auf periphere senile Neuritis und wieviel auf die Rindenerkrankung zurückzuführen ist. Oft klagen die Kranken über

allerhand Schmerzen, so in der Stirn, in den Extremitäten, im Leib („seniles Gürtelgefühl“). Selten fehlt Schwindel. — Die Sehnenphänomene sind meist gesteigert (zuweilen einseitig), die Hautreflexe öfter herabgesetzt, die Pupillarreflexe zuweilen träg, aber sehr selten erloschen. Die Pupillen zeigen fast stets die senile Miosis. Sphincterlähmung ist sehr häufig.

Sehr häufig complicirt sich die senile Demenz, d. h. die diffuse senile Rindenerkrankung mit senilen Heerderkrankungen (Hämorrhagien, Erweichungsheerden). Dann addiren sich selbstverständlich die bez. Heerdsymptome zu den soeben geschilderten Symptomen. Mitunter ist es intra vitam nicht möglich bestimmt zu entscheiden, ob z. B. eine Hemiparese auf einer Heerderkrankung oder einer diffusen, aber in der motorischen Region einer Hemisphäre vorzugsweise localisirten Rindenerkrankung beruht.

Verlauf. Die senile Demenz entwickelt sich meist ganz allmählich aus der „senilen psychischen Veränderung“, welche in der allgemeinen Aetiologie (S. 232) beschrieben worden ist. Die Dauer beträgt 3 bis 5 Jahre. Acuter Verlauf binnen einiger Monate ist sehr selten. Remissionen kommen vor, aber nicht so häufig wie bei Dementia paralytica. Paralytische Anfälle, welche denjenigen der Dementia paralytica völlig gleichen,*) kommen im Verlauf des Leidens öfter vor. Bestimmte Krankheitsstadien lassen sich nicht unterscheiden. Angstzustände, hallucinatorische Erregungszustände, Exaltationszustände, primäre Wahnbildungen und Phasen uncomplicirten Defects lösen sich in unregelmässiger Reihenfolge ab.

Ausgänge und Prognose. Das Leiden ist progressiv und tödtlich, die Prognose durchaus ungünstig. Der Tod erfolgt aus ganz denselben Ursachen wie bei Dementia paralytica. Remissionen kommen zuweilen vor.

Aetiologie. Erbliche Belastung findet sich bei 50 %. Nicht selten lässt sich gleichartige Heredität feststellen. Intellectuelle, affective und körperliche Strapazen spielen neben und bei der senilen Involution die Hauptrolle. Vor dem 60. Lebensjahr ist senile Demenz selten (Senium praecox), vom 60. Lebensjahr ab nimmt ihre Häufigkeit stetig und rasch zu. In sehr vielen Fällen ist Arteriosklerose bei dem Zustandekommen der Krankheit in entscheidender Weise betheiligt (vgl. S. 236). Auch senile Erkrankungen des Herzens sind, insofern sie die Thätigkeit des Herzens und damit die Circulation beeinflussen, von Bedeutung.

Diagnose. Alle in Betracht kommenden Differentialdiagnosen sind bereits an anderer Stelle besprochen worden. Vgl. unter Manie,

*) Epileptiforme Convulsionen sind nicht so häufig.

Melancholie, Paranoia hallucinatoria acuta und Dementia paralytica! Das sicherste Kriterium gegenüber den functionellen Psychosen ist der ethische Defect. Facialisparesen sind nicht beweisend für senile Demenz, auch wenn ihr erworbener Charakter feststeht, weil sie im Senium zuweilen auch bei functionellen Psychosen vorkommen. Dasselbe gilt von vorübergehender Paraphasie. Gedächtniss- und Urtheilsschwäche wird im Senium sehr leicht mit Denkhemmung und primärer Incohärenz verwechselt.

Therapie. Da die Ueberwachung in Folge der Altersschwäche leichter ist als bei der Dementia paralytica, so wird öfter als bei dieser Familienpflege möglich sein. Jedenfalls ist genaue Ueberwachung mit Bezug auf sexuelle Vergehen, fahrlässige Brandstiftung und Suicid geboten. Bei dem ersten Angstaffect und bei der ersten Hallucination verfügt man am besten die Einlieferung in eine Anstalt. Regelmässiger Wechsel von Ruhe und Bewegung, kräftige Ernährung und Verabreichung von Wein halten den körperlichen und geistigen Verfall etwas auf. Gegen Angstaffecte und hallucinatorische Erregungen bewährt sich Opium, gegen die Schlaflosigkeit ausser Bromnatrium namentlich auch Paraldehyd (nach einem halbstündigen lauen Bad zu nehmen).

Pathologische Anatomie. Die Befunde im Grosshirn decken sich mit denjenigen der Dementia paralytica in allen wesentlichen Zügen. Die Atrophie der Rinde ist meist noch augenfälliger. Ependymgranulation findet sich nicht so regelmässig. Pachymeningitis haemorrhagica ist erheblich häufiger. Ungemein oft findet man alte und frische Hämorrhagien und Erweichungsheerde als Complication. Die grösseren Hirnarterien zeigen fast ausnahmslos vorgeschrittene Atheromatose. Auf der Lamina interna der Schädelknochen fallen die starken osteophytischen Auflagerungen auf. Die Veränderungen im Rückenmark und in den peripheren Nerven sind, wenn auch ziemlich verbreitet, doch nicht so ausgesprochen wie bei der Paralyse. Der mikroskopische Befund ergiebt wie bei der letzteren den Untergang zahlreicher Ganglienzellen und zahlreicher corticaler Associationsfasern.

c. Dementia secundaria nach Heerderkrankungen des Gehirns.

Im Anschluss an Heerderkrankungen des Gehirns, z. B. an Hämorrhagien entwickelt sich zuweilen eine pathologische Veränderung der Hirnrinde, welche sich von derjenigen der Dementia paralytica dadurch unterscheidet, dass sie gar nicht oder nur sehr wenig progressiv ist und zu keinerlei weiteren somatischen Symptomen (Lähmungen u. s. f.) führt. Die psychischen Symptome dieser secundären Demenz sind:

1. Ein Intelligenzdefect, welcher sich jedoch fast stets in engen Grenzen hält: das Gedächtniss für Jüngstvergangenes und die Weitsichtigkeit des Urtheils haben gelitten. Der Defect der ethischen und altruistischen Begriffe ist niemals so ausgeprägt wie bei der Dementia paralytica.

2. Eine krankhafte Reizbarkeit und zugleich eine krankhafte Labilität der Stimmung.*) Jähzornsausbrüche sind häufig. Der Kranke lacht und weint leichter als früher. Namentlich seine Rührseligkeit fällt auf. Die höheren Gefühlstöne des Kranken sind oft etwas abgestumpft, aber sehr selten kommt es zu dem für Dementia paralytica charakteristischen völligen Untergang derselben. Der sog. Charakter des Kranken geht nicht völlig unter. Nicht selten beobachtet man ein krankhaftes Misstrauen (vgl. S. 240).

Eine Folgeerscheinung dieser intellectuellen und affectiven Veränderungen ist die Abnahme der Energie im Denken und Handeln. Die Kranken denken langsamer und handeln träger. Jeder Ehrgeiz scheint verschwunden. Viele zeigen bei allem Eigensinn und aller Reizbarkeit eine fast kindliche Unselbständigkeit und Lenksamkeit.

Am einfachsten und typischsten beobachtet man diese secundäre Demenz bei Hämorrhagien und Erweichungsheerden**). Sie stellt sich in den meisten Fällen wenigstens andeutungsweise ein. Wo sie ausgesprochener auftritt, fällt sie meist erst 3 bis 5 Jahre nach dem Insult den Angehörigen auf. Sie nimmt dann einige Jahre langsam zu, bleibt aber in der Regel schliesslich mit manchen Schwankungen stationär.

Eine ganz besondere Stellung nimmt die Syphilis des Gehirns ein. Die Syphilis kann zu functionellen Schädigungen des Gehirns führen, also z. B. eine Melancholie hervorrufen. Häufiger ruft das Syphilisgift organische Veränderungen hervor. Letztere sind bald diffus, bald heerdartig. Im ersteren Falle bedingt die Syphilis eine Dementia paralytica, im letzteren eine syphilitische Heerderkrankung, die Hirnsyphilis im engern Sinne. Wir verstehen unter der letzteren also ausschliesslich die heerdartigen syphilitischen Hirnerkrankungen. Meist handelt es sich um eine Gumma oder um eine circumscripte gummöse Meningitis. Oft sind die Heerde multipel. Die Symptome zerfallen in drei Reihen:

1. Durch den Heerd direct bedingte Ausfallssymptome, z. B.

*) Die Affectanomalien treten namentlich bei Alkoholgenuss stärker hervor. Die Resistenzlosigkeit gegen denselben ist für diese Kranken sehr charakteristisch.

**) Hirngeschwülste führen zum Tode, bevor eine secundäre Demenz sich entwickelt. Die Unorientirtheit, Schwerbesinnlichkeit und Apathie der Tumorkranken beruht auf Hemmung, nicht auf Defect. Uebrigens kommen auch hallucinatorische Erregungszustände vor.

Hemiplegie mit gekreuzter Oculomotoriuslähmung. Da auch im Rückenmark gummöse Processe auftreten und oft zugleich peripherische Nerveu (z. B. die Augenmuskelnerven) einer syphilitischeu Degeneratiou verfallen, so kommen oft sehr complicirte, den Heerdcharakter verdeckende Bilder zu Stande.

2. Von dem Heerd ausgeheude *fnnctiouelle Fernwirkuugen*.

a) *Reizerscheinungen*: hierher gehören schwere acute hallucinatorische Erregungszustände mit zahlreicheu Grössen- und Verfolgungsideen und völliger Unorientirtheit, ferner Krampfanfälle, welche bald denjenigen der genuinen Epilepsie, bald denjenigen der sog. Jacksonschen Epilepsie gleichen. Auch plötzliche impulsive Handlungen kommen gelegentlich vor.

b) *Hemmnugserscheiuuugeu*. Diese überwiegeu uamentlich dann, weun der syphilitische Process im Gehirn in besonderem Maass raumbeschränkend wirkt. Solche Kranke liegen wochen- und monatelang in einem stuporösen, schlafähnlichen Zustand, welcher zuweilen in völliges Coma übergeht. Die einfachsteu Fragen werden falsch beautwortet. Meist ist der Kranke völlig uuorieutirt. Koth und Urin lässt er unter sich geheu. Oft tritt in diesem Zustande der Tod ein.

3. Im Anschluss an deu Heerd auftretende *diffuse orgauische Rindeuveränderungeu*. Bald entsprechen diese ganz denjenigen der Dementia paralytica — es tritt dann also schliesslich doch noch dies Leiden zu der Heerderkrankung hinzu —, bald entsprechen sie, insofern sie nicht progressiv sind und die motorische Regiou im Wesentlichen verschonen, der oben beschriebenen „secundären Demenz nach Heerderkrankungen". In letzterem Falle spricht man von einer *postgummösen Demenz*: *leichte* Gedächtniss- und Urtheilsschwäche, Reizbarkeit und Labilität der Stimmung und *leichte* Abstumpfung der complicirteren Gefühlstöne sind die Hauptsymptome. Ueber die differentialdiagnostische Abgrenzung derselben gegen die Dementia paralytica ist in der Besprechung der letzteren nachzuleseu.

Die Diagnose auf Hirnsyphilis im Allgemeinen — abgesehen von dieser postgummösen Demenz — ist sehr oft mit Sicherheit nicht zu stellen. Es ist dann in letzter Linie der Erfolg einer energischen antisyphilitischen Therapie (vgl. unter Dementia paralytica) für die Diagnose entscheidend.

d. Dementia secundaria uach fnuctionelleu Psychoseu.

Die Melancholie, Manie, Stupidität und die acute hallucinatorische Paranoia enden zuweilen mit einer progressiven intellectuellen Verblödung. Diese wird als *secuudäre Demenz* s. str. bezeichnet. Ueber die *Häufigkeit* dieser secundären Demenz und die *Uebergangs-*

weise der genannten functionellen Psychosen in secundäre Demenz ist unter Melancholie, hezw. Manie, hezw. Stupidität, hezw. Paranoia nachzulesen.

Die Symptome sind diejenigen einer jeden Demenz: Urtheilsschwäche und Gedächtnissschwäche. Meist verräth sich erstere zunächst darin, dass der logische Zusammenhang des Denkens sich lockert. Die Kranken sprechen incohärent (vgl. S. 98 und 99). Manche plappern sehr viel; das einzige Band der snccessiven Vorstellungen ist die Aehnlichkeit des Wortklangs. Andere hocken Monate lang stumm in einer Ecke; die vorstellungsarme Hirnrinde führt dem Sprachcentrum keine Erregungen mehr zu. Die Vergesslichkeit tritt in vielen Fällen zunächst nicht so deutlich hervor wie z. B. hei der Dementia paralytica. Im weiteren Verlauf kann sie fast ebenso hohe Grade erreichen wie bei dieser.

Sinnestäuschungen treten häufig auf, namentlich im Beginn der Entwicklung der secundären Demenz, nnd zwar auch in solchen Fällen, wo die primäre Psychose ohne Sinnestäuschungen verlief. Die Wahnvorstellungen der primären Psychose werden in die secundäre Demenz mit hinübergenommen. Aber der Kranke vermag sie weder logisch zu verhinden noch zu motiviren. Einzelne werden vergessen. Schliesslich murmelt der Kranke nur noch mechanisch einige Schlagworte, in denen nur derjenige, welcher ihn früher gekannt hat, die Reste ehemaliger Wahnvorstellungen wieder erkennt.

Die Affecte nehmen einen kindischen Charakter an: alhernes Lachen, weinerliches Greinen, hrutale Zornaushrüche lösen sich ohne ausreichende Motive ab. Die Einheitlichkeit der Affectstörung der primären Psychose ist verloren gegangen. Die complicirteren Gefühlstöne gehen zu Grunde. Es entwickelt sich ein ähnlicher ethischer Defect wie hei der Dementia paralytica. Wenn er hei der secundären Demenz oft weniger auffällt, so ist dies darauf zurückzuführen, dass er von der gleichzeitigen Verwirrtheit verdeckt hezw. für die Beobachtung in den Hintergrund gedrängt wird, während er hei der Dementia paralytica isolirter, oft zunächst als einziges psychisches Krankheitssymptom auftritt. In den Schlussstadien der secundären Demenz kommt es oft zu einer völligen Apathie. Auch jede Freude und Trauer erlischt. Dementsprechend ist schliesslich das Gesicht völlig ausdruckslos. In anderen Fällen bestehen his zum Tode zornige, heitere und depressive Affecte, für welche sich im Einzelnen gar keine oder ganz unhedeutende Anlässe nachweisen lassen. Die erstere Form hezeichnet man auch als apathischen Blödsinn, die letztere als agitirten Blödsinn.

Bei der körperlichen Untersuchung fällt meist nur die mehr oder weniger hochgradige allgemeine Hypalgesie auf. Alle soustigen

Störungen, wie wir sie bei der Dementia paralytica kennen gelernt haben, fehlen.

Die Handlungen des Secundär-Schwachsinnigen sind, je nachdem Apathie oder Erregungsaffecte vorherrschen, sehr verschieden. Im apathischen Blödsinn hocken die Kranken stumm, zusammengesunken und regungslos in einer Ecke. Der Speichel tropft aus dem Mund, Koth und Urin gehen unbeachtet ab. Die Kranken kleiden sich nicht selbst an und essen nur, wenn ihnen der Löffel in die Hand gedrückt und das Führen des Löffels zum Munde ihnen erst als passive Bewegung vorgemacht wird; sind so die Essbewegungen erst einmal ausgelöst, so gehen sie noch lange Zeit automatisch fort, auch wenn der Teller längst leer ist und der zum Mund geführte Löffel keine Speise mehr enthält. Triebartiges Onaniren, stereotype wiegende Bewegungen des Rumpfes, Wackelbewegungen des Kopfes und andere Gewohnheitsbewegungen, stereotypes Wiederholen derselben Phrasen und eigenthümliche katatonische Stellungen sind nicht selten. Zuweilen bestehen ausgesprochene Gewohnheitscontracturen, häufiger ist völlige Resolution.

Wesentlich anders gestaltet sich das Bild des agitirten Blödsinns. In diesem schwatzt der Kranke stundenlang. Mitunter kommt es zu ausgesprochener ideenflüchtiger Incohärenz (Verbigeration). Bald tanzen die Kranken umher, bald necken und schlagen sie ihre Umgebung. Andere sammeln schmutzige Papierstückchen, stecken sich Gras in die Knopflöcher u. dgl. m. Auch Kothschmieren ist häufig.

Zwischen dem agitirten und dem apathischen Blödsinn existiren zahlreiche Zwischenformen und Uebergänge.

Der Verlauf der secundären Demenz ist chronisch. Anfangs schreitet der intellectuelle Verfall in der Regel rascher fort, später langsamer; mitunter bleibt er, nachdem er eine gewisse Stufe erreicht hat, fortan stationär. Zu tödtlichem Ausgang führt die Krankheit als solche niemals. Remissionen sind sehr selten. In der Regel erreichen die Kranken bei langsam zunehmendem Intelligenzdefect ein hohes Alter.

Die Therapie ist völlig ohnmächtig. Bei den agitirten Formen ist Einlieferung in die Anstalt nothwendig. Die Agitation ist ev. mit Hyoscin zu bekämpfen. Weitaus die wichtigste Aufgabe der Behandlung ist die Gewöhnung des Kranken an regelmässige körperliche Arbeit (Feldarbeit) und an Reinlichkeit.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung hat bis jetzt nur den Untergang corticaler Associationsfasern sicher festgestellt.

e. Dementia epileptica.

Die secundäre Demenz, welche in 20 % aller Fälle von Epilepsie schliesslich den Epileptiker befällt, geht continuirlich aus der früher

beschriebenen epileptischen psychischen Degeneration hervor (S. 241). Aus der Erschwerung bezw. Verlangsamung des Vorstellungsablaufs wird allmählich ein intellectueller Defect. Dieser ist meist progressiv. Meist hängt die Schnelligkeit und Intensität der intellectuellen Abnahme ganz von der Zahl der Anfälle ab. In manchen Fällen kommt es schliesslich zu einer totalen Verblödung, d. h. auch zum Verlust der einfachsten concreten Erinnerungsbilder. Der Kranke erkennt die nächsten Angehörigen nicht mehr. Er weiss weder Jahreszahl noch Aufenthaltsort. Das Einmaleins hat er vergessen. Seine Ideenassociation beschränkt sich auf einige Interjectionen.

Eine ähnliche Zusammenschmelzung wie die Erinnerungsbilder erfahren auch die Gefühlstöne. Die Kranken werden schliesslich gegen alles gleichgültig. Tiefe Hautstiche fühlen sie kaum. Die meisten hocken Tag aus Tag ein auf derselben Stelle und lassen Koth und Urin unter sich gehen. Triebartige Masturbation wird oft bis in die letzten Stadien der Krankheit hinein beobachtet.*) Im Anfang des Leidens beobachtet man oft auch einen sehr labilen Wechsel hypochondrischer Weinerlichkeit und kindischer Heiterkeit. Schwere Zornausbrüche kommen im ganzen Verlauf der epileptischen Demenz sehr häufig vor. Wegen ihrer Plötzlichkeit und Rücksichtslosigkeit erheischen sie die sorgfältigste Ueberwachung des Kranken. Bald treten sie ganz ohne erkennbare Veranlassung, bald auf Grund einer vereinzelten Hallucination, bald auf Grund einer plötzlichen Wahnvorstellung auf. Plötzlich steigt in dem Kranken die Vorstellung auf, sein Nachbar verziehe höhnisch oder drohend das Gesicht, und alsbald kommt es zu einer schweren impulsiven Gewalthandlung.

Intercurrente hallucinatorische Dämmerzustände kommen auch im Verlauf der epileptischen Demenz noch oft vor.

In den Schlussstadien der Krankheit leiden auch die Bewegungen der Kranken. Sie werden schwerfällig und ungeschickt. Complicirtere Bewegungen (Stricken, Zeichnen u. s. w.) verlernt der Kranke. Ganz besonders macht sich diese Störung der complicirteren Bewegungscombinationen auf dem Gebiet der Sprache geltend. Im Beginn der epileptischen Demenz fällt der Kranke noch durch seine Geschwätzigkeit auf. Später geht die Geläufigkeit der Sprache verloren. Der Kranke spricht sehr langsam, oft setzt er zwischen den Worten und Silben und schliesslich sogar innerhalb der Silben ab. Die Phonation ist äusserst monoton, zuweilen etwas singend. Eine ausgesprochene Hesitation wie diejenige der Dementia paralytica ist selten. Im Endstadium der Krank-

*) Auch tribadische Regungen werden — wie bei allen weiblichen Schwachsinnigen — sehr häufig beobachtet.

heit finden die Kranken viele Worte nicht mehr. Die Einschmelzung des Wortschatzes geht schliesslich so weit, dass dem Kranken auch für concrete Gegenstände die Worte fehlen (epileptische Aphasie). Auf die sinnlosen Gewalthandlungen ist oben bereits hingewiesen worden.

Der Verlauf der epileptischen Demenz ist zuweilen sehr rapid, meist erstreckt er sich jedoch über mehr als ein Jahrzehnt. Ein höheres Lebensalter erreichen die Kranken meist nicht. Darmkatarrhe, Pneumonien, Blasenkatarrhe führen meist vor der Zeit zum Tode. Auch im Krampfanfall oder in einem Status epilepticus geht mancher Kranke schliesslich doch einmal zu Grunde.

Therapie. Sobald epileptische Demenz besteht, ist Anstaltsbehandlung wegen Gemeingefährlichkeit indicirt. In der Anstalt beschränkt sich die Behandlung auf Ueberwachung, Beschäftigung und — im Schlussstadium — auf sorgfältige Pflege. Ist die Demenz noch nicht weit vorgeschritten, so kann man versuchen durch eine energische Brombehandlung die Zahl der Anfälle zu vermindern und so den intellectuellen Verfall aufzuhalten.*)

Pathologische Anatomie. Die Untersuchung p. m. ergiebt in den schwereren Fällen oft (nicht stets) Verkleinerung des Hirngewichts, Verschmälerung der Hirnrinde, Erweiterung der Ventrikel und entsprechenden Markschwund, zuweilen auch Ependymgranulation. Die Associationsfasern der Hirnrinde erweisen sich bei mikroskopischer Untersuchung an Zahl verringert.

f. Dementia alcoholica.

Wie die Epilepsie führt auch der chronische Alkoholmissbrauch oft schliesslich zu einer ausgesprochenen secundären Demenz. Diese geht continuirlich aus der früher (S. 223) beschriebenen „alkoholistischen psychischen Degeneration“ hervor. Der Intelligenzdefect selbst unterscheidet sich in keiner Weise erheblich von demjenigen der epileptischen Demenz. So verschieden die Anfangsbilder, die alkoholistische und die epileptische psychische Degeneration, sind, so ähnlich sind oft die Schlussbilder in Bezug auf den Intelligenzdefect. Im Ganzen erreicht er jedoch bei dem Alkoholisten selten so hohe Grade wie bei der epileptischen Demenz. Es hängt dies wohl meistens damit zusammen, dass die meisten dieser Kranken noch vor dem völligen intellectuellen Verfall der An-

*) Zu diesem Zwecke wie überhaupt zur Behandlung der Epilepsie empfiehlt sich auch die Flechsig'sche Behandlungsmethode. Man verordnet den Kranken zunächst 6 Wochen lang Opium bis zu einer Tagesdosis von 1,2 g, lässt dann plötzlich das Opium weg und ersetzt es durch 6 bis 8 g Bromnatrium. Letzteres ist mindestens 6 Monate lang zu verabfolgen.

stalt zugeführt werden und in dieser durch die Entziehung des Alkohols dem weiteren Fortschreiten des Krankheitsprocesses Einhalt gethan wird.

Der affective Verfall ist demjenigen der epileptischen Demenz gleichfalls ähnlich, aber gleichfalls gewöhnlich nicht so hochgradig. Auch die Zornmüthigkeit ist nicht so ausgesprochen.

Vereinzelte Hallucinationen und auch zusammenhängendere intercurrente hallucinatorische Erregungszustände sind sehr häufig.

Körperliche Symptome können, abgesehen von den S. 223 aufgezählten, welche dem Alkoholismus chronicus mehr oder weniger stets zukommen, völlig fehlen. Man spricht dann von einfacher alkoholistischer Demenz. In anderen Fällen fällt die grosse Intensität und die Zahl der dort aufgezählten Bewegungsstörungen auf. Diese Form bezeichnet man als pseudoparalytische alkoholistische Demenz.*) In den Symptomen bietet sie sehr viel Aehnlichkeit mit der echten Dementia paralytica, in deren Aetiologie, wie früher erwähnt, der chronische Alkoholismus auch oft eine Rolle spielt. Nur die hesitirende Sprache und die Pupillenstarre der typischen Dementia paralytica fehlen dieser sog. pseudoparalytischen alkoholistischen Demenz fast stets. Im Verlauf besteht ein wesentlicher Unterschied, insofern bei der pseudoparalytischen Demenz wie bei der einfachen Demenz des Trinkers Defectheilungen und dauernde Stillstände nicht selten vorkommen. Endlich ist der Sectionsbefund von demjenigen der Dementia paralytica verschieden. Zunächst ist er bei der alkoholistischen Demenz zuweilen — auch bei genauer mikroskopischer Untersuchung — negativ; in anderen zahlreicheren Fällen findet man allerdings pathologische Veränderungen der corticalen Ganglienzellen und ihrer Axencylinderfortsätze, sowie einen erheblichen Schwund der intracorticalen und subcorticalen Markfasern. Makroskopisch findet sich Verschmälerung der Hirnrinde und Hydrocephalus externus et internus. Dagegen fehlen die Veränderungen der Neuroglia und der Blutgefässwandungen, welche bei der typischen Dementia paralytica fast niemals fehlen, und meistens auch die für Dementia paralytica charakteristischen Ependymgranulationen. Dabei ist anzuerkennen, dass zwischen der auf chronischem Alkoholismus beruhenden typischen Dementia paralytica und der soeben skizzirten pseudoparalytischen Dementia alcoholica sowohl bezüglich der Symptome wie bezüglich des Verlaufes, wie endlich bezüglich des makroskopischen und mikroskopischen Sectionsbefundes Uebergangsformen vorkommen.

*) Auch das Kopftrauma führt mitunter zu ähnlichen Defectpsychosen und zwar gleichfalls bald zu einer einfachen traumatischen Demenz, bald zu einer pseudoparalytischen traumatischen Demenz, bald zu einer echten Dementia paralytica.

Bezüglich des Verlaufs ist noch hervorzuheben, dass gelegentlich auch epileptiforme und apoplectiforme Anfälle, welche denjenigen der Dementia paralytica gleichen, vorkommen. Sehr häufig ist auch die Complication mit Pachymeningitis haemorrhagica interna. In solchen Anfällen oder durch solche Complicationen kommt es zuweilen früh zu tödtlichem Ausgang. Wird der Alkohol entzogen, so kommt es, wie erwähnt, öfter zu dauerndem Stillstand oder Defectheilung; im Ganzen ist dieser günstigere Ausgang bei ca. 50% zu beobachten.

Die Behandlung deckt sich mit derjenigen des chronischen Alkoholismus überhaupt. Die Hauptaufgabe ist Entziehung des Alkohols. Erfahrungsgemäss lässt sich diese ebenso wie die Entziehung aller anderen Gewohnheitsgifte (Morphium u. dgl.) nur in einer geschlossenen Anstalt oder einem sog. Trinkerasyl mit genügender Sicherheit durchführen. Nur wenn die Umstände erlauben, einen zuverlässigen Privatwärter für den Kranken zu halten, wird man in seltenen Fällen auch einen Entziehungsversuch im Hause oder in einer offenen Anstalt machen können. Leider kann nach Lage der heutigen Gesetzgebung der Gewohnheitstrinker als solcher nicht zu einer solchen Entziehungskur gezwungen werden. Die zwangsweise Einlieferung in die Anstalt wird erst möglich, wenn eine alkoholistische Psychose (Paranoia) zu der alkoholistischen psychischen Degeneration hinzugetreten ist, bezw. diese letztere sich zu einer die Dispositionsfähigkeit aufhebenden alkoholistischen Demenz entwickelt hat.

Die Entziehung selbst kann bei kräftigen Personen plötzlich erfolgen, bedarf aber dann einer genauen stetigen Controle (Collaps!). Bei schwächlichen Individuen empfiehlt sich eine allmähliche Entziehung, welche man je nach dem Zustande der Herzthätigkeit auf einige Tage oder selbst auf einige Wochen ausdehnen kann. Dringend ist der Gebrauch irgendwelcher Narcotica gegen die mit der Abstinenz sich einstellende motorische Unruhe, Angst und Schlaflosigkeit zu widerrathen. Man setzt sich damit nur der Gefahr aus an die Stelle des Alkoholismus die Gewöhnung an ein narcotisches Mittel (Morphinismus u. s. w.) zu setzen. Man beschränke sich also darauf durch hydrotherapeutische Maassnahmen (prolongirte Bäder, Einpackungen) und körperliche Arbeit, wenn auch langsam, körperliche und geistige Ruhe sowie Schlaf wieder zu erzielen.*)

*) Ganz dasselbe gilt im Allgemeinen auch für die Behandlung des chronischen Morphinismus. Nur kommt es bei diesem niemals zu einer ausgesprochenen Demenz. Auch bei der Morphiumentziehung ist es durchaus contraindicirt andere Narcotica oder Alkohol — ausser im dringendsten Nothfall — zu verabreichen. Nur zu oft wird der Murphinist durch Verabreichung von Spirituosen während der Entziehung zum Alkoholismus geradezu übergeführt.

Ist die Entziehung beendet, so ist der Kranke jedenfalls noch mindestens ein Jahr in der Anstalt bezw. dem Asyl zu belassen und auf das Genaueste zu überwachen.*) Entlässt man die Kranken früher, so kommt es in Folge der krankhaften Willensschwäche dieser Individuen stets zu Rückfällen. Freilich wird auch jetzt wieder die zwangsweise Festhaltung an der Mangelhaftigkeit unserer Gesetzgebung scheitern.

Selbstverständlich sind die Resultate einer solchen Behandlung um so besser, je weniger vorgeschritten die Erkrankung ist. Bei der psychischen Degeneration des Alkoholisten erzielt man wenigstens ab und zu noch eine leidlich vollkommene und einige Jahre dauernde Heilung. Bei der alkoholistischen Demenz muss man sich begnügen, einen Stillstand des Leidens oder eine Defectheilung zu erzielen.

Die pathologische Anatomie ist oben bereits erörtert worden, vergl. ausserdem S. 224 und 225.

Aetiologische Uebersicht über die Psychosen.

Ein Ueberblick über die zahlreichen Psychosen, welche im Vorhergehenden besprochen worden sind, lehrt, dass zwischen den einzelnen Psychosen allenthalben fliessende Uebergänge und Zwischenformen vorhanden sind. Ein anderes Resultat war kaum zu erwarten. Die Functionen der Hirnrinde stehen untereinander in den engsten Beziehungen, und ebenso stehen die anatomischen Elemente der Rinde untereinander in durchgängigem Zusammenhang. Jeder ätiologische Factor wirkt daher mehr oder weniger auf alle Functionen bezw. alle Elemente der Hirnrinde. Lediglich der Grad dieser Einwirkung auf die einzelnen Functionen ist bei den verschiedenen Psychosen verschieden. Bei dieser Sachlage lag es und liegt es natürlich sehr nahe, auf Grund des Stärkeverhältnisses, in welchem die einzelnen Functionen von der Schädlichkeit betroffen sind, eine ätiologische Classification der Psychosen zu versuchen. Eine solche ist nun allerdings, wie auch die Geschichte der Psychiatrie gelehrt hat, verfehlt: dieselbe Schädlichkeit bezw. Gruppirung von Schädlichkeiten kann sehr verschiedene Psychosen hervorbringen und andererseits kann dieselbe Psychose auf Grund sehr verschiedener Schädlichkeiten bezw. Gruppirungen von Schädlichkeiten zu Stande kommen. Immerhin aber wird man der Bedeutung, welche die Aetiologie gerade für die Erkennung der Psychosen hat, Rechnung tragen müssen. Es soll daher im Folgenden eine Uebersicht über die wichtigsten ätiologischen Factoren gegeben und bei jedem einzelnen sollen diejenigen Psychosen aufgezählt werden, welche vorzugsweise, d. h. am häufigsten auf dem Boden der bez. Schädlichkeit vorkommen.

*) Dasselbe gilt für die Behandlung des Morphinismus.

1. Erbliche Degeneration: Idiotie, Imbecillität, Debilität, einfache acute Paranoia, einfache chronische originäre Paranoia, periodische Manie, periodische Melancholie, periodische Paranoia, circuläres Irresein, Irresein durch Zwangsvorstellungen.

2. Trauma capitis: Hallucinatorische acute Paranoia (oft mit primären Angstaffecten und Schwindelsensationen verknüpft), incohärente Varietät derselben Psychose, neurasthenisches Irresein, einfache traumatische Demenz (S. 221), pseudoparalytische traumatische Demenz (S. 221, 451), Dementia paralytica.

3. Chronischer Alkoholismus: peracute, acute, subacute, chronische hallucinatorische Paranoia, ideenflüchtige Form der acuten und subacuten hallucinatorischen Paranoia (sog. Alkoholmanie, seltener reine Manie), Melancholie, Neurasthenie, Irresein durch Zwangsvorstellungen, einfache alkoholistische Demenz, pseudoparalytische alkoholistische Demenz, Dementia paralytica.

4. Pubertät: Manie, Melancholie, circuläres Irresein, acute hallucinatorische Paranoia, ideenflüchtige und circuläre Form der letzteren.

5. Senium: Melancholie, acute hallucinatorische Paranoia, incohärente Form der letzteren, senile Demenz.

6. Climakterium: Melancholie, chronische hallucinatorische und chronische einfache Paranoia, circuläres Irresein.

7. Gravidität: Melancholie.

8. Puerperium: Acute hallucinatorische Paranoia, incohärente Form derselben.*)

9. Lactation: Subacute hallucinatorische Paranoia, stuporöse Form derselben, Stupidität, Manie.

10. Acute fieberhafte Krankheiten: Acute hallucinatorische Paranoia, ideenflüchtige und stuporöse Form derselben.

11. Syphilis: Dementia paralytica, postsyphilitische Demenz, sowie die S. 446 unter a und b aufgeführten Störungen.

12. Epilepsie: Peracute und acute hallucinatorische Paranoia (sog. epileptische Dämmerzustände), Dementia epileptica.

13. Hysterie: Peracute und acute hallucinatorische Paranoia (sog. hysterische Dämmerzustände), chronische hallucinatorische und einfache Paranoia (sog. hysterische Paranoia).

14. Erschöpfung: Manie, Stupidität, acute hallucinatorische Paranoia, ideenflüchtige, incohärente und stuporöse Varietät derselben.

*) Meistens tritt das Puerperalirresein, bei welchem übrigens die verschiedensten Schädlichkeiten zusammenwirken (Schmerzen, Blutverluste, Gemüthserschütterungen, Mastitis, Parametritis, Sepsis u. s. w.), in der Zeit vom 3. bis 12. Tag nach der Geburt auf. Auch nach Aborten kommen ähnliche Psychosen vor. Zuweilen knüpft der Ausbruch der Psychose auch an die erste Wiederkehr der Menses an.

Entsprechend dieser Uebersicht, welche sich noch leicht auf das Dreifache vergrössern liesse, hat man auch von „puerperalem Irresein“, „Pubertätsirresein“, „epileptischem Irresein“ u. s. w. gesprochen. Dabei ist zu beachten, dass die einzelnen Psychosen oft, aber keineswegs stets unter dem Einfluss eines bestimmten ätiologischen Moments eine charakteristische Modification ihrer Symptome oder ihres Verlaufs zeigen (hebephrene, erblich-degenerative Modification u. s. w.).

Ausser der Aetiologie ist auch der zeitliche Verlauf oft zur Abgrenzung bestimmter Psychosen benutzt worden: Dabei ergiebt sich Folgendes:

Periodisch*) treten auf am häufigsten: Manie, Hypomanie, zuweilen auch Melancholie und acute hallucinatorische Paranoia. Eine Varietät dieses periodischen Irreseins ist das polymorphe periodische Irresein: bei diesem tritt in regelmässigen Zwischenräumen eine Geistesstörung auf, diese wechselt aber sehr. Bald ist es eine Manie, bald eine typische hallucinatorische, bald eine ideenflüchtige hallucinatorische Paranoia.

Circulär*) lösen sich am häufigsten Manie und Melancholie ab. Vgl. auch circuläre Paranoia.

Recidivirend verläuft namentlich die Manie und die Melancholie, häufig auch die acute hallucinatorische Paranoia. Aus leicht ersichtlichen Gründen neigen namentlich auch die acuten hysterischen, epileptischen und puerperalen Psychosen zu Recidiven. Auf dem Boden der erblichen Degeneration folgen sich oft in unregelmässigen Zwischenräumen die verschiedensten Psychosen: man spricht in diesem Falle von polymorphem recidivirenden Irresein.

Transitorisches, d. h. über wenige Stunden und höchstens über einen Tag sich erstreckendes Irresein findet man am häufigsten in folgenden Gestalten:

1. Als sog. Raptus melancholicus. Dem Anfall gehen zuweilen Reizbarkeit, Schwindel, Kopfschmerz und Herzklopfen voraus. Das Hauptsymptom des Anfalls selbst ist eine extreme Angst; meist ist sie von ausgesprochenen Präcordialempfindungen und schwerem Gefässkrampf begleitet. Zuweilen bestehen auch schreckhafte Sinnestäuschungen. Die Dauer beträgt 5 Minuten, selten mehr als 1 Stunde. Nachher besteht Amnesie. Vgl. S. 306.

2. Als sog. Mania s. Paranoia hallucinatoria transitoria. Selten handelt es sich wirklich um eine transitorische Manie, vielmehr meist um eine transitorische hallucinatorische Paranoia. Ab

*) Namentlich die erblich degenerativen Psychosen neigen zu periodischem und circulärem Verlauf (s. o.).

und zu geht ein leichtes Schwindelgefühl und Congestion zum Kopfe voraus. Das Hauptsymptom, die Hallucinationen, setzt ganz plötzlich ein. Entsprechend ihrer Massenhaftigkeit kommt es zu einer völligen Unorientirtheit. Schreckhafte Hallucinationen scheinen vorzuherrschen. Das Antlitz des Kranken ist meist hochroth, während im Raptus melancholicus die Leichenblässe des Gesichts auffällt. Meist schliesst der Anfall nach einigen Stunden mit einem tiefen Schlaf ab. Der Kranke erwacht mit Amnesie.

3. Als Paranoia simplex transitoria. Auf Grund einer plötzlich aufschiessenden Wahnvorstellung, welche den Kranken völlig beherrscht, begeht er schwere Gewalthandlungen (Todtschlag wegen vermeintlicher Vergiftung u. s. w.). Meist schliesst der Anfall mit längerem Schlaf. Die Amnesie ist öfter nur partiell.

Aetiologisch kommt für das transitorische Irresein meist erbliche Belastung oder chronischer Alkoholismus in Betracht.*) Häufig ist es auch bei Epilepsie und Hysterie (als transitorischer Dämmerzustand), desgleichen bei Neurasthenie. Auch Herzleiden spielen eine Rolle. Mitunter begleitet es oder vicarirt es für einen Migräneanfall oder auch für einen Intermittensanfall. Die Gelegenheitsveranlassung ist bald ein Alkoholexcess, (namentlich in heisser Stube bei gleichzeitigem Rauchen schwerer Cigarren), bald ein heftiger Affect, bald eine schwere körperliche Strapaze (Marsch in der Sonnenhitze). Auch im Anschluss an den Geburtsact wird es beobachtet. Oft lässt sich — nämlich für den Raptus melancholicus — eine besondere Gelegenheitsveranlassung nicht nachweisen. — Wegen der Häufigkeit schwerer impulsiver Gewalthandlungen hat das transitorische Irresein vorzugsweise forensische Bedeutung. Wir verweisen daher bezüglich genanerer Beschreibung auf die Lehrbücher der gerichtlichen Psychopathologie.

*) Die transitorische „Manie“ ist am häufigsten bei Männern im 20. bis 30. Lebensjahr.

Register.

---

*) d. h. psychisch-bedingte.

*) S. 35 ist fälschlich illusionäre Auslegung statt wahnhafte Auslegung gedruckt.

Figurenerklärung.

Die Figuren 1—10 stellen die charakteristischsten Formen des Gesichtsausdrucks und der Körperhaltung bei psychopathischen Zuständen dar, soweit sie auch diagnostisch verwerthbar sind.

Fig. 1 und 2. Eine 45jährige Patientin, welche an circulärem Irresein s. str. (melancholisch-maniakalisches Irresein S. 396) leidet, ist links in der maniakalischen, rechts in der melancholischen Phase dargestellt. Vergleiche hierzu S. 141 und 144. In der ersteren liegt der reine Ausdruck der primären heiteren, in der letzteren der reine Ausdruck der primären traurigen Verstimmung vor.

Fig. 3 stellt die primäre Angst einer Melancholie mit secundärem Verarmungs- und Versündigungswahn dar. Vgl. S. 143. Im Augenblick der Aufnahme überwiegt der hemmende Einfluss der Angst auf die Bewegung.

Fig. 4. Einfache katatonische Spannung einer chronischen hallucinatorischen Paranoia. Die motorische Hemmung ist vorzugsweise durch Hallucinationen bedingt, also secundär. Vgl. S. 150 und 152.

Fig. 5. Acute hallucinatorische Paranoia mit beängstigenden und z. Th. fascinirenden Hallucinationen. Vgl. S. 308.

Fig. 6. Dementia paralytica im Exaltationsstadium. Der Kranke ist ausgesprochen heiter verstimmt und wird von zahlreichen Grössenideen („Weltingenieur" u. s. w.) beherrscht. Beides spiegelt sich im Gesichtsausdruck wieder. Derselbe erinnert ebenso wie die Haltung an Fig. 1, doch verräth die Verstreichung der linken Nasolabialfalte (Mundfacialisparese), dass keine Manie, sondern Dementia paralytica vorliegt. Vgl. S. 292.

Fig. 7. Paranoia simplex chronica mit vereinzelten Hallucinationen. Die Wahnideen sind grösstentheils erotischen Inhalts. Die Kranke glaubt Kaiserin zu sein und schmückt sich für den Bräutigam, den sie erwartet (sog. erotische Form der chronischen Verrücktheit). Die heitere Verstimmung ist secundär, d. h. durch Wahnvorstellungen bedingt. Vgl. S. 383.

Fig. 8. Imbecillität mit rechtsseitiger cerebraler Kinderlähmung. Vgl. S. 401 und 404. Die Lähmung ist mit Contractur*) und Atrophie verknüpft. Letztere betrifft auch das Knochengerüst (Hemiatrophie). Der Gesichtsausdruck verräth den Intelligenzdefect.

*) Daher erscheint auch die rechte gelähmte Nasolabialfalte eher tiefer.

Fig. 9. Stuporöse Form der acuten hallucinatorischen Paranoia. Neben Hallucinationen und Wahnvorstellungen besteht hier eine ausgeprägt primäre Hemmung. Die Kranke verharrt oft stundenlang in der auf der Figur wiedergegebenen Stellung. Bis über 5 Minuten blieb oft in den weit aufgerissenen Augen das Blinzeln aus. Hallucinationen und Wahnvorstellungen traten zeitweise ganz zurück und doch bestand die dargestellte motorische Hemmung. Vgl. S. 351.

Fig. 10. Recidivirende Form der acuten Paranoia. Auf Grund massenhafter Verfolgungsideen besteht ausgeprägte tobsüchtige Erregung. Der Gesichtsausdruck ist der typische des Zorns. Vgl. S. 144.



1

2





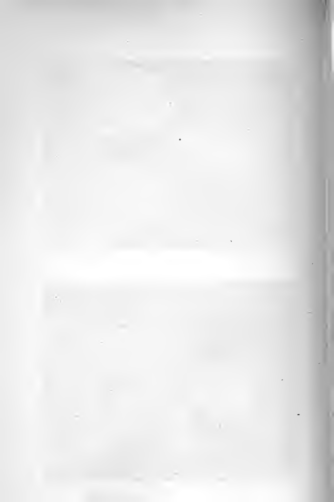
3





4

5





6

7

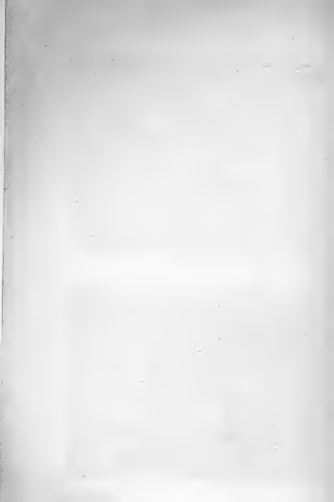






9

10



Druck von Appelhans & Pfenningstorff in Braunschweig.